



UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

DPTO. DE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

**“LA VISITA DOMICILIARIA EN EL TRABAJO SOCIAL.
EXPERIENCIAS EN LOS ENTORNOS DE BOGOTÁ,
VALPARAÍSO Y SEVILLA”.**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Valentín González Calvo.

Directora:

Dr. Macarena Hernández Ramírez

Tutora:

Dr. Nuria Cordero Ramos.

Sevilla 2015

Dña. Macarena Hernández Ramírez, Profesora Titular del Dpto. de Antropología, Psicología Básica y Salud Pública de la Universidad Pablo de Olavide, como Directora de la tesis, y la doctora Dña. Nuria Cordero Ramos, como tutora, de la tesis presentada por Valentín F. González Calvo para aspirar al grado de Doctor (Tecnología Y Sociedad En Los Comienzos Del Siglo: Realidades Económicas, Procesos Sociales Y Compromisos Éticos. (Convalidado) Doctorado 778-1998)

HACEN CONSTAR: Que la tesis “La Visita Domiciliaria en el Trabajo Social. Experiencias en los entornos de Bogotá, Valparaíso Y Sevilla” realizada por el citado doctorando, reúne las condiciones científicas y académicas necesarias para su presentación.

Sevilla, 2015

Fdo: Dra. Macarena Hernández Ramírez.

Directora de la tesis.

Fdo: Dra. Nuria Cordero Ramos.

Tutora de la tesis

INDICE

AGRADECIMIENTOS	9
PREÁMBULO.....	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1:	16
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. 1. LA VISITA SOCIAL.....	17
1. 1. 1. Visitar o ser visitado es una acción eminentemente social.	19
1. 1. 2. Principios de la visita social.....	21
1. 1. 3. Elementos esenciales de la visita social.....	27
1. 1. 4. Para finalizar.	35
1. 2. LA VISITA DOMICILIARIA UN INSTRUMENTO PARA EL ENCUENTRO CON LA	
VIDA COTIDIANA.....	37
1. 2. 1. Introducción.....	37
1. 2. 2. Conceptualizar la cotidianidad.	38
1. 2. 3. La visita domiciliaria instrumento idóneo para apreciar la cotidianidad.	
.....	44
1. 2. 4. La cotidianidad intradoméstica es difícil de observar.	45
1. 2. 5. El trabajador/a social visita desde su subjetividad.	47
1. 2. 6. El instrumento de la visita domiciliaria, no les es extraño a los	
usuarios/familias.	48
1. 2. 7. Para el trabajador/a social visitar, se convierte en un acto cotidiano. ...	49
1. 2. 8. Visitar a una familia no es un mero acto administrativo.	49

1. 2. 9. El encuentro con la cotidianidad está llena de sensaciones.	50
1. 2. 10. Visibilizar lo silenciado.	52
1. 2. 11. Intervenir, no solo contemplar.	53
1. 2. 12. La cotidianidad intacta.....	56
1. 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA.....	58
1. 3. 1. Visitar, evangelizar, moralizar.	58
1. 3. 2. Las historia de la familia y del trabajo social tienen un punto en común.	61
1. 3. 3. Devenir histórico de la visita domiciliaria.	62
1. 3. 4. Conceptualización de la visita domiciliaria.....	67
1. 4. LA RELACIÓN DE AYUDA EN LA VISITA DOMICILIARIA	78
1. 4. 1. La importancia de la relación.	82
1. 4. 2. Alianza terapéutica - relación de ayuda.....	84
1. 4. 3. Alianza terapéutica.	85
1. 4. 4. La relación de ayuda.....	88
1. 4. 5. Características de la relación de ayuda.....	92
1. 4. 6. Relación de ayuda y visita domiciliaria.....	96
1. 5. RESISTENCIAS Y VISITA DOMICILIARIA	110
1. 5. 1. Conceptualización de la Resistencia.	110
1. 5. 2. Las Resistencias y la Visita Domiciliaria.....	120
1. 6. LA VISITA DOMICILIARIA COMO TÉCNICA DEL TRABAJO SOCIAL.....	129
1. 6. 1. La visita domiciliaria como técnica de técnicas.	137
1. 6. 2. Otras consideraciones acerca de la visita domiciliaria.....	139
1. 6. 3. La visita domiciliaria considerada como acto profesional.	140
1. 6. 4. La visita domiciliaria como técnica sigue una secuencia metodológica.....	146
1. 6. 5. La visita domiciliaria como arte.	151
1. 7. EL FACTOR MULTIPLICADOR DE LA VISITA DOMICILIARIA.....	153

1. 8. ÉTICA Y VISITA DOMICILIARIA.....	160
1. 8. 1. El hogar es un espacio sensible y vulnerable.....	162
1. 8. 2. El hogar es un espacio de intimidad.	165
1. 8. 3. Principios que rigen la intervención profesional domiciliaria	165
8. 7. Las Buenas Prácticas en la visita domiciliaria.	167
1. 9. La visita domiciliaria sorpresiva.....	170
1. 9. 1. La visita domiciliaria sorpresiva, un asunto delicado.....	170
1. 9. 2. Definición de visita domiciliaria sorpresiva.	171
1. 9. 3. La visita domiciliaria sorpresiva una práctica heredada.....	172
1. 9. 4. Heterogeneidad en el uso de la visita domiciliaria sorpresiva.	173
1. 9. 5. La visita domiciliaria sorpresiva: formal o informal.....	174
1. 9. 6. El origen difuso y confuso de la visita domiciliaria sorpresiva.....	174
CAPÍTULO 2.	183
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	183
2.1. Propuesta metodológica	184
2. 2. Mi opción por el método fenomenológico para investigar la visita domiciliaria.....	185
2. 3. La opción fenomenología.....	187
2. 4. El fenómeno.	189
2. 5. Diseño metodológico.....	191
CAPÍTULO 3.	218
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	218
3. 1. CATEGORÍA 1ª: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA	221
3. 2. CATEGORÍA 2ª: IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DISTINTIVOS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.....	247

3. 3. CATEGORÍA 3ª: LOS OBJETIVOS POR LOS CUALES LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES REALIZAN VISITAS DOMICILIARIAS.....	264
3. 4. CATEGORÍA 4ª: METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA REALIZACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.....	281
3. 5. CATEGORÍA 5ª. EMOCIONES SENTIDAS POR LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES AL VISITAR. ESCENAS TEMIDAS.	297
3. 6. CATEGORÍAS 6ª y 7ª: VISITA DOMICILIARIA SORPRESIVA; DILEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA.....	307
CAPÍTULO 4.	337
CONCLUSIONES.....	337
4. Conclusiones.....	338
Epílogo.....	354

Índice de Tablas

Tabla 1. Características de la muestra de Bogotá.

Tabla 2. Características de la muestra de Valparaíso.

Tabla 3. Características de la muestra de Sevilla.

Tabla 4. Resumen de características del total de la muestra.

Tabla 5. Cuadro de Categorías y Subcategorías de análisis de resultados.

AGRADECIMIENTOS

 Mi agradecimiento sincero y de todo corazón a mi Directora de tesis Macarena Hernández Ramírez, ya que ha creído en mi hasta el último momento. Gracias por su paciencia y sus orientaciones siempre enriquecedoras.

 Mi especial agradecimiento a Mercedes mi compañera de viaje, que siempre ha estado a mi lado, animándome. Gracias también por su paciencia conmigo. Y gracias por sus aportes excelentes, su experiencia haciendo visitas domiciliarias siempre me ha supuesto un referente y una iluminación para mis reflexiones.

 A mi hijo Pablo, que también me ha animado en momentos difíciles, su compañía y sus muestras de cariño han sido muy reconfortantes en los largos momentos de encierro.

 A todas aquellas personas que me han ayudado en las tres zonas de estudio para la localización de informantes, para las transcripciones, para el trabajo sobre terreno. Muchas gracias especialmente Yisleim, M^a Isabel, Jorge, Anna, Cristina, M^a Jesús y Marta.

PREÁMBULO.

Les confieso, que me ha costado mucho empezar a pintar este cuadro titulado *redacción de tesis*. Me he llevado mucho tiempo haciendo bocetos, recopilando colores y eligiendo soportes donde pintarlo.

Les confieso igualmente, que me ha costado mucho ajustarme a los cánones, a las reglas, al marco predefinido para pintarlo y exponerlo. El dibujo libre de la mano creadora, se resistía a constreñirse a pintar a modelo, a emplear los colores prefijados en una paleta limitada, o quizás autolimitada.

Pero llegó el reloj, y de su mano el calendario, y ambos han hecho su trabajo, llevándome, mejor empujándome, hasta donde estoy en este momento: finalizando el trabajo redactando la introducción.

En este camino, la mano amiga, cálida y siempre motivadora de mi directora, me ha acompañado. Sus conocimientos de la técnica del dibujo, su mano experta, su pincel fino, su lápiz corrector..., su compañía, han hecho posible que este documento esté ahora donde está, finalizado (o dando por finalizado).

Confieso, que me resistí a empezar a pintarlo, y ahora me resisto a dejar de hacerlo. Se me han abierto nuevas puertas, he renunciado a colores y sombreados, he aprendido en el camino.

Ahora la obra toma cuerpo, se diferencia de mí aunque estoy en ella, me interpela y dialoga conmigo. No estoy loco (creo), solo agradecido.

INTRODUCCIÓN

Treinta años de interés por este tema de investigación, treinta bien contados. Desde mi época de estudiante hasta la fecha, mi interés por la visita domiciliaria ha sido una constante. He tenido la oportunidad de visitar como trabajador social, de reflexionar sobre lo visitado, y sobre la visita en si misma. Y esta tesis es una parte de esta reflexión. No está todo lo que es, pero si es todo lo que está.

Mi mirada al fenómeno de la visita domiciliaria no es neutral, está condicionada por los enfoques teóricos que hasta el momento, dan soporte a mi concepción del trabajo social. Esta mirada es de tipo humanista, eco-sistémica y constructivista. El eje central, en entorno al que gira mi formación, experiencia, docencia e investigación, es la intervención familiar, especialmente en contextos psicosociales. Desde este marco, toma sentido, la intervención familiar en el espacio doméstico a través de la visita domiciliaria. Y es desde ahí, donde surge esta tesis doctoral.

Si investigar supone hacerse preguntas, ahí van algunas, con sus respuestas: ¿De que trata esta investigación?.

Trata sobre todo, de visibilizar la visita domiciliaria, que ha sido eclipsada, invisibilizada y recluida solo a su práctica. El ámbito académico y científico ha sido indiferente a esta práctica antigua y fundacional del propio trabajo social. Ni su implementación constante y transversal a todo el trabajo social, ha despertado el interés suficiente para investigarla.

Desde este punto de partida, esta investigación trata de conocerla más profundamente y caracterizarla. Otras líneas de trabajo que llevo sobre este tema, y que no se reflejan en esta investigación, tratan de resignificarla e innovarla.

Lo que pretende esta investigación es de caracterizar la visita domiciliaria a partir de tres experiencias transnacionales. Para ello se han tomado muestra diversas no

solo en lo geográfico sino en los perfiles de los informantes. Los resultados obtenidos en los tres escenarios no están exentos de comparación, si bien, la pretensión es más de caracterización.

¿Cómo y cuándo se ha llevado a cabo?.

Siempre ha estado presente la idea de escuchar las significaciones, las percepciones, las vivencias, las reflexiones, las dudas y las certezas de quienes la practican. Por ello, el enfoque cualitativo y la perspectiva fenomenológica, se han evidenciado como la metodología más útil para recoger, codificar y analizar la subjetividad de los/as trabajadores/as sociales, uno de los actores de esta acción que es el visitar. La otra parte de los actores en la *escena dramática* de la visita (como diría Erving Goffman), los visitados, no ha sido posible llegar a ellos en términos de investigación, de momento.

La selección de la muestra ha tenido importantes variantes, desde que se empezó a diseñar esta investigación, se pasó de circunscribirla al ámbito de la provincia de Sevilla, a incorporar una muestra más amplia de carácter transnacional. La intención no fue otra que ampliar la mirada que permitiera dar más soporte a la caracterización que se pretendía de la visita domiciliaria, intentando apreciar diferencias y similitudes entre distintas zonas geográficas. Aprovechando viajes académicos a América Latina, y la oportunidad que se me brindó de hacer visitas domiciliarias acompañando a trabajadores/as sociales en distintos países que he visitado, se abrió la posibilidad y se tomó la decisión de ampliar la zona de estudio a los entornos de Bogotá (Colombia) y Valparaíso (Chile).

El objetivo de la investigación no es centrarse en un tipo de visita concreto, sino en la visita misma, por ello se seleccionó una muestra diversa, para identificar los

aspectos más característico de la visita en si misma. A una muestra de 75 participantes (25 por cada país), se les hace una entrevistas individual semiestructurada que permita registrar sus percepciones sobre algunas variables concretas: conceptualización de la visita, objetivos que persiguen, elementos distintivos, metodología, etc.

Los datos se han ido recogiendo en las distintas viajes a esos enclaves, lo cual ha sido una limitación importante dado que se ha dilatado en el tiempo. Al final el tiempo acotado de investigación se comprende entre 2010 y principios de 2015. No es un tiempo desaprovechado, en tanto que permitió reflexionar, perfeccionar la muestra y redefinir detalles.

A partir de las transcripciones, la codificación de las mismas, y el análisis de los resultados, se llegan a unas conclusiones que dibujan una visita domiciliaria apenas diferente entre territorios. Estos datos reportados, se espera que resulten útiles para estudiantes y profesionales en el estudio de la visita domiciliaria, y en su perfeccionamiento (que pasa por su cuestionamiento).

¿De que partes se compone el documento que sintetiza esta investigación?. Una primera parte de fundamentación, no ha sido fácil debido a escaso material disponible. En esta fundamentación se aportan ideas sobre la visita como forma de relación social. De la importancia de saber sobre la cotidianidad, ya que de eso se trata cuando un trabajador/a social visita un domicilio. Sobre el valor que aportan la visita domiciliaria a la relación de ayuda, y las resistencias que también puede despertar. También se conceptualiza la vista y se aportan distintas características que tiene la misma.

La segunda parte, se centra en el diseño de la investigación en la que se justifica los motivos para optar por la metodología cualitativa fenomenológica. En ella también se especifican los objetivos que persigue en línea con la idea de caracterizar la visita e identificar las similitudes y las diferencias entre las zonas seleccionadas a partir de las

narrativas de los informantes. También se definen las fases de la investigación, así como las características concretas de la muestra.

La tercera parte, versa sobre el análisis de los resultados a partir de la codificación en siete categorías, seleccionando de todos los datos, los aspectos significativos, relevantes, reiterados y novedosos. Finaliza este documento con el enunciado de 10 conclusiones finales que sintetizan la relevancia de los hallazgos identificados a partir de los datos analizados.

Algunos detalles de redacción y de concepto:

He ha procurado emplear el lenguaje inclusivo en todo momento, son tantas la referencias a los y las trabajadores y trabajadoras sociales, usuarios y usuarias, que puede que en algún punto pueda haber tenido algún olvido, pido disculpas adelantadas.

He ha evitado el empleo de siglas, dada mi consideración particular de que éstas son más útiles para quien escribe que para quien lee; con lo cual hay conceptos que se repiten con gran profusión a lo largo de todo el documento, un ejemplo de ello es el propio de *visita domiciliaria*, como el más frecuente.

Así mismo, para referirme a los visitados/as, he empleado genéricamente los conceptos *usuarios/familias* y también *casos*. De una parte, por ser el concepto *usuarios* la forma más habitual de nombrar a las personas con las que se trabaja en el ámbito de los servicios sociales especialmente. Y de otra parte, el concepto *familias*, al no contemplar a los individuos aislados aunque sean demandantes individuales de la atención de los/as trabajadores/as sociales; y también desde la clara consideración y orientación al trabajo social familiar de quien suscribe. Finalmente el concepto *casos* por ser la denominación clásica en el trabajo social, que incluye así mismo a la persona individualmente considerada y a su familia.

De forma genérica se emplea la expresión despacho como el lugar de trabajo del profesional (trabajador/a social) en su servicio, aunque en Bogotá y Valparaíso se emplea también para lo mismo, las palabras oficina o box.

Señalar también que el documento está escrito en primera persona evitando el plural mayestático.

Y finalmente señalar, que se ha intentado emplear de manera diferenciada, aunque esto no siempre es posible, los términos siguientes: *domicilio*: como lugar administrativo donde vive una persona/familia; *casa*: como espacio construido; *hogar*: como lugar emocional, espacio de convivencia, de seguridad, valórico...; y *espacio doméstico y/o entorno doméstico*: como lugar habitado, relacional, vivencial.

CAPÍTULO 1:

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. 1. LA VISITA SOCIAL

Antes de comenzar a desarrollar el objeto de esta investigación sobre visita domiciliaria en trabajo social , voy a dar un paso atrás, y empezaré hablando de la *visita* como una forma de relación social, como un tipo de encuentro humano que favorece la sociabilidad y que se viene desarrollando desde tiempos remotos.

A este tipo de visita la voy a denominar *visita social*, para diferenciarla de la *visita domiciliaria*, que es la que se realiza a nivel profesional, y que en nuestro caso, la llevan a cabo los/as trabajadores/as sociales en los domicilios de los/las usuarios/as y las familias (usuario/familia).

El Diccionario de la Real Academia Española, define *visitar* como “ir a ver a alguien en su casa por cortesía, atención, amistad o cualquier otro motivo”. Por su parte, el *Diccionario del Trabajo Social* de Ezequiel Ander-Egg (1995) define la visita domiciliaria como “Aquella visita que realiza el Trabajador Social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento” (p.83).

La *visita social* y la *visita domiciliaria* como se aprecia en estas definiciones tienen diferencias, aunque también similitudes que vamos a ver en el transcurso de este documento. En esta tesis se entiende por *visita social*, a un tipo de encuentro entre visitantes y visitados, que se desarrolla en el lugar de residencia habitual de la/s persona/s visitada/s, y se enmarca dentro de las interacciones cotidianas propias de las relaciones sociales.

Aunque ambas (visita social y visita domiciliaria) tienen en común que se realizan en el domicilio de terceros, la relación entre los actores y el fin de la misma, es

sustancialmente distinto; por ello es necesario clarificar ambos tipos de visitas. Se podría decir, que la acción de visitar en el marco de las relaciones sociales (visita social), precede al acto de la visita profesional, entendiendo, que ambas no dejan de ser una forma de interacción y relación social.

En general, la visita domiciliaria toma su origen en la especialización de algunos oficios/profesiones, que para su ejercicio realizaban su trabajo en el propio domicilio del cliente. Muchos de estos oficios/profesiones en su devenir histórico, fueron creando espacios propios y especializados (hospitales, centros, instituciones, talleres, oficinas, tiendas, negocios...) para la realización de estos mismos servicios, siendo el cliente el que se desplazaba al establecimiento del profesional. A día de hoy como antaño, en muchas profesiones se siguen dando ambas situaciones (trabajo en domicilio y en establecimiento), Los/as trabajadores/as sociales son unas de esas profesiones que laboran en ambos espacios.

Así pues, la visita social en este documento, la sitúo en aquellos encuentros que se producen en el lugar de residencia y que realizan las personas entre sí, tomando como base su relación de amistad, familiaridad, compañerismo, vecindad, etc., al objeto de mantener y/o ampliar sus relaciones sociales.

Y la visita domiciliaria en este documento, haría referencia al encuentro que se desarrolla entre profesional/es y usuario/s con los que se interviene en el marco del domicilio de este/os último/s, en cumplimiento de una labor o cometido propio de su profesión, con un fin/es determinado/s, y que no se inscribirían en relaciones sociales de amistad o familiaridad más propias de la visita social.

A primera vista, ambas tiene como elementos centrales que son un encuentro humano basado en una relación, que se articula a través de la comunicación, y que

dicho encuentro se lleva a cabo en un espacio de alta significación como es la hogar, reducto de la intimidad.

Nos detendremos a repensar algunos aspectos de la visita social, y apreciar como una acción tan frecuente y tan cotidiana, puede tener tantos matices. Dada la extensión del fenómeno solo trataremos de abordar algunos que nos resulten de mayor interés en relación a la visita domiciliaria, que es el objeto de esta investigación.

1. 1. 1. Visitar o ser visitado es una acción eminentemente social.

Los humanos somos seres sociales por naturaleza, aunque esta afirmación clásica no parece ser compartida por todos los autores. Al menos, si parece haber consenso en que necesitamos estar en contacto unos con otros. Aristóteles señalaba que el hombre es por naturaleza *zôion politikon*, es decir, animal social y político -de *polis*: ciudad- (Ferreter, 1999). El ser humano necesita de los demás para alcanzar su propia perfección individual. Así pues, la visita social se conforma como parte de ese proceso de la sociabilidad humana que permite el encuentro, contribuyendo a tejer relaciones y estructuras sociales.

Son múltiples las formas de encuentro social y de espacios de sociabilidad (la calle, la escuela, la calle, el comercio, el centro de trabajo, la plaza...), pero lo que hace especial a la visita social es que se lleva a cabo en un espacio marcadamente privado e íntimo¹. Y además, conlleva la acción “*de ir a...*” por parte de los visitantes, y la acción de “*recibir a...*” por los visitados. Es un tipo de encuentro marcadamente intencional, tiene propósitos, aunque estos sean por el mero hecho de encontrarse, verse, compartir, comunicarse, tener proximidad física o emocional, etc.

¹ Algunas visitas sociales también se lleva a cabo en espacio más públicos: residencias, hospitales, hoteles...

² O al menos no es vecino, familiar o amigo.

³ Proverbios españoles en Wikiquote, la colección libre de citas y frases célebres.

La sociabilidad humana es una experiencia en común, que implica pluralidad, unión y convivencia, ésta se ha explicado básicamente desde tres teorías distintas: la del pacto o contrato social, la naturalística, y la de la naturaleza social del hombre. Hobbes apuntaba en 1642 que “el hombre es un lobo para el hombre” (Hobbes, 1993, p.3), éste consideraba que la naturaleza humana es esencialmente egoísta y antisocial. Ante esta inseguridad, es necesario la renuncia al interés personal en pro de un pacto (*Leviathan*) con una poder superior-absoluto que sea capaz de formar voluntades en interés de todos. Rousseau (1977) entendía, que la sociedad se constituye en pro de un contrato social por el que los individuos ceden sus derechos a favor de la comunidad y del poder civil que representa sus voluntades generales.

De otra parte, la teoría naturalística defendida por Hegel (1988), considera que la sociedad es como un todo orgánico que se constituye como la última fase conocida de un proceso evolutivo de la realidad que se rige por las severas e inflexibles leyes del determinismo universal.

Aristóteles coinciden en considerar que el hombre es social por naturaleza, es decir que el origen, causa eficiente o fundamento de la sociedad radica en la propia naturaleza humana que tiene en la sociabilidad una de sus características esenciales. Existe una inclinación natural del hombre a vivir en sociedad. Aristóteles decía:

El ser humano es un ser social por naturaleza, y el insocial por naturaleza y no por azar, o es mal humano o no necesita nada por su propia suficiencia, no es miembro de la sociedad, sino una bestia o un dios. (citado en Aronson, 1999, p.12)

Sobre la base de esta última teoría, entendemos la visita social, como una necesidad del ser humano de encontrarse con los otros en su propio espacio natural, en el marco de las actividades cotidiana y como parte de su proceso de sociabilidad.

Son amplios los vínculos entre las personas que pueden dar lugar a visitarse, de entre ellas vamos destacamos las relaciones basadas en la amistad, compañerismo, familiaridad y vecindad, que son las que más frecuentemente generan más visita.

1. 1. 2. Principios de la visita social.

Se podría decir que visitar o ser visitado es una cuestión de principios. La visita social está regida por unos principios y normas sociales presentes en las relaciones humanas, y que pueden tener diferencias en cada sociedad. Como veremos algunos de estos principios son proyectables a la visita domiciliaria.

Desde que el ser humano se apropia de un lugar y lo hace suyo diferenciándolo de otros lugares de los demás, puede ser visitado por terceros. Este encuentro puede tener un cariz diverso: amistoso, amenazador, hostil, invasivo, etc. De alguna manera, el encuentro en el lugar ajeno incorpora de forma implícita *el principio de reconocimiento del otro*.

La alteridad entraña la diferenciación entre el *yo* y el *otro*, entre el *nosotros* y *ellos*, y también el reconocimiento del *otro en mi yo*, y viceversa. Así mismo, implica ponerse en el lugar del otro bajo una voluntad de entendimiento y de diálogo, que propicie las relaciones sociales amistosas y de aceptación de las diferencias entre ambos.

Vivir en sociedad precisa del respeto mutuo, este resulta fundamental. El reconocimiento mutuo implica el *principio de respeto*, éste es la consideración de que alguien o incluso algo, tiene un valor por sí mismo. Para Piaget (1983) el respeto es un sentimiento fundamental que posibilita la adquisición de las nociones morales; Kant (1949) ve el respeto como ley; para Durkheim (1922) es un reflejo de la sociedad, es el

respeto a la voluntad colectiva; sin embargo, para Bovet (1912) (citado por Piaget, 1983), el respeto hacia las personas no es la consecuencia sino la condición previa de la ley moral, es un hecho primario del que emana la ley. Bovet (1912) rechaza que el respeto se adquiera por la costumbre o la afectividad instintiva, sino porque es el contacto entre individuos (vínculo interindividual) por lo que se crea el sentimiento de obligación de unos para con otros. Bovet (citado por Piaget, 1983), distingue dos tipos de respeto: El respeto unilateral, que implica una desigualdad entre el que respeta y el respetado; y el respeto mutuo, por el cual los individuos involucrados se consideran como iguales y se respetan de manera recíproca. El respeto mutuo, señala Piaget (1983), es una especie de forma límite de equilibrio hacia el cual tiende el respeto unilateral.

Se podría decir que el respeto mutuo, implica un trato conforme a reglas, educado, correcto... entre personas, permitiendo la convivencia social, desarrollo individual, la cooperación, la responsabilidad de intenciones y hechos, la equidad y la justicia. En la visita social se pone de relieve estas consideraciones de respeto, y no menos en la visita domiciliaria. El visitante, goza de facto de la garantía de ser respetado durante su permanencia en territorio ajeno. Y a su vez el visitado, tiene la garantía de no ser coaccionado, agredido, robado, violentado... durante el encuentro en territorio propio, todo ello bajo un pacto tácito de confianzas mutuas. Así pues, la visita social en general, y la visita domiciliaria por extensión, implica un pacto amistoso de reconocimientos mutuos entre visitante y visitado, huésped y anfitrión, extraño y foráneo, entre lo propio y lo ajeno, entre lo de dentro y lo de fuera, y entre lo público y lo privado.

También está presente en la visita social, el *principio de reconocimiento de la territorialidad*. Como otras especies animales, el ser humano es territorial, y como tal, tiene una tendencia a la defensa del territorio que entiende como propio, y la

apropiación del territorio ajeno. Esta tendencia genera de común tensión, pugna, conflicto... que se acrecienta si los límites territoriales (fronteras) son difusos. Si no se respetara ese principio, se tomaría como propio lo que el otro entiende como suyo, y esto implicaría necesariamente la pugna de fuerzas en oposición. La no observancia del derecho al territorio propio, generaría la desconfianza entre las partes, el recelo y la alerta ante la intrusión o el riesgo de invasión por terceros. Mendizábal (2007) señala que “Los territorios son parte del conjunto de representaciones colectivas [...] y son marcos, no solo físicos sino también simbólicos, para la experiencia grupal; un territorio es el resultado de la articulación entre una población con su espacio.” (p.54).

En lo que a visitar se refiere, el visitante reconoce la posesión sobre el lugar que tiene el anfitrión, y a su vez, éste último permite el acceso franco, al no ponerse en cuestión su dominio sobre el mismo (lugar). El visitado (anfitrión) tiene el poder y la autoridad sobre el escenario donde se produce la visita, al tratarse de su territorio, de existir dudas o incertidumbres sobre este reconocimiento, no permitiría el acceso franco del visitante (huésped). Este aspecto lo vamos a conectar más adelante con la visita domiciliaria en la medida que el visitante (trabajador/a social) es un “desconocido”² para los visitados, y a la vez el profesional porta sobre sí un grado de poder institucional que puede condicionar la visita.

En el mundo animal, la mayoría de especies marcan sus territorios de manera simbólica, dando a conocer al resto que ese es su territorio para alimentarse, aparearse, para sus crías, etc. Los animales hacen suyos cuevas u oquedades ya existentes en el terreno, o bien construcciones propias (nidos, madrigueras, etc.) para poder vivir, reproducirse, guarecerse y defenderse de los depredadores. La entrada en estos

² O al menos no es vecino, familiar o amigo.

pequeños o grandes territorios por terceros de la misma especie o competidores, son percibidas como una amenaza, a partir de la cual, se desencadenan maniobras disuasorias o directamente hostiles para repeler la previsible invasión, se podría entender como *visitantes no deseados*. Cuando los animales permiten el acceso de terceros en el territorio propio, generalmente tiene un valor instrumental: unirse al grupo, aparearse, procurarse alimento, defenderse....

A nivel humano, la idea de encuentro en un territorio ajeno tal y como lo estamos tratando en este apartado (visita social), sería una forma de interacción social revestida de una gran complejidad que trasciende al mero encuentro. La territorialidad humana es altamente compleja, así es entendida como de *naturaleza instintiva* (Ardrey, 1966), o bien como una *tendencia cultural*, o más propia de *sociedades complejas* (Soja, 1971; Alland, 1972; Sack, 1986).

Di Masso (2007), establece algunas diferencias entre la territorialidad de los seres humanos y los animales. Los animales tienen un menor número de roles, a diferencia de la complejidad del agrupamiento territorial humano, donde los roles sociales son más numerosos. Así se puede apreciar formas diferentes de representar los límites territoriales entre animales y seres humanos. Los primeros (al menos que se sepa), emplean secreciones de su propio cuerpo, marcas sobre el terreno, huellas, olores. Y los segundos (seres humanos) pueden ser señales similares a algunas de los animales, u otras altamente complejas y sofisticadas (textos legales, construcciones fronterizas, carteles, símbolos...). En los animales la respuesta a la invasión es más instintiva y predecible; en los humanos puede ser instintiva también, pero sobre todo muy reglamentada en la aplicación de leyes y procedimientos, etc. En suma la conducta territorial humana entraña un variado y complejo abanico de respuestas.

La *cortesía* es otro aspecto destacado en la visita social. En las relaciones sociales en general, y en la visita social en particular, la cortesía es fundamental para el buen fluir del encuentro. Que el/la invitado/a y el/la anfitrión/a se atengan a unas normas sociales, facilita mucho la relación, especialmente si no hay gran confianza entre las pares.

Históricamente, la cortesía hacía referencia a la forma de vida practicada en la corte, como un tipo particular de comportamiento que lo distinguía del pueblo llano. El diccionario de la Real Academia Española define cortesía como: “la demostración o acto con que se manifiesta la atención, respeto o afecto que tiene alguien a otra persona; conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito. Acción y efecto de comunicar o comunicarse”. El Diccionario de Uso del Español de Moliner, la entiende como “el conjunto de reglas mantenidas en el trato social, con las que las personas se muestran entre sí consideración y respeto”.

Confucio (citado por Chengley, 2006) decía que la cortesía que debe presidir nuestras actuaciones cotidianas, se fundamenta principalmente en el respeto y comprensión hacia todos. Aristóteles (citado por Aronson, 1999) apuntaba que la armonía entre los miembros de una sociedad civil era completa cuando existía civilidad y conducta cívica mutua entre los ciudadanos. Para Barrett (1905), la cortesía es el aceite que suaviza los frotamientos inevitables de la máquina social.

Meier (1995) señala que hoy la cortesía es una herramienta imprescindible para la concordia social ya que define unos límites sobre el respeto mutuo, así, la cortesía sería la disciplina que hace posible la sociabilidad. Botella (2005) y Escandell (1996), ponen el acento en las normas, al apuntar que la cortesía son normas de comportamiento aceptados por la colectividad que establecen parámetros de trato que facilitan las relaciones sociales, éstas permiten organizar las acciones que se entienden por todos

como adecuados para cada momento y situación. El protocolo es elevar a la máxima expresión las normas de cortesía (Botella, 2005). Para Escandell (1996) son el “Conjunto de normas sociales, establecidas por cada sociedad, que regulan el comportamiento adecuado de sus miembros, prohibiendo algunas formas de conducta y favoreciendo otras” (p.136). Para Castro (2013) la cortesía es un elemento fundamental en la comunicación interpersonal, forma parte de las normas sociales de “buenas maneras” consideradas por cada cultura como adecuadas y que han sido generada por la costumbre. La visita social es un proceso eminentemente comunicativo.

La cortesía cumple algunas funciones sociales (Leech, 1983; Goffman, 1967; Lavandera (1988); Kasper 1990; Locher 2004; Barros, 2011), destacando las más importantes: aliviar tensiones entre los comunicantes, regulador de la distancia social, como mecanismo de protección del yo, como un medio para conseguir nuestros fines comunicativos, como armonizador de la interacción, como mecanismo para reducir, minimizar y/o repara la amenaza en los intercambios comunicativos. Locher (2004), aporta otra mirada diferente que no deja la cortesía con una función mitigadora y reguladora de tensiones y conflictos en el intercambio social, sino que resalta el aspecto prosocial o relacional de la misma, es decir, que junto a regular promueve las relaciones sociales, las hace más “fáciles”.

Pero no todos los autores coinciden con las bondades de la cortesía como reguladora del orden social, algunos la critican como una forma de opresión y limitación de la libertad. Foucault (1979) hace referencia a lo que el denomina la “sociedad disciplinaria”, entendiendo que el sujeto aprende acerca de la autoridad y la jerarquía, más que por discursos, por la construcción cotidiana de hábitos y costumbres. Laspalas (2003) señala lo que denominamos “buenas maneras” no son sino el reflejo de los límites o coerciones que la convivencia social impone a los individuos. Este autor se

apoya en Rousseau (1977), para señalar que la cortesía queda deslegitimada y se impone un programa de liberación de su tiranía, en concreto su *Discurso sobre las ciencias y las artes* señala que las buenas maneras resultan inicuas porque sirven para debilitar a los hombres y someterlos a una especie de esclavitud cultural, y porque conducen a la hipocresía; y en esta línea Arribas (2010) apunta que “Los temores, las sospechas, la frialdad, la reserva, el odio, la traición, se esconden frecuentemente bajo ese velo uniforme y pérfido de la cortesía” (p.52).

1. 1. 3. Elementos esenciales de la visita social.

A continuación señalaré algunos de los elementos claves de la visita como forma de relación social. Estos elementos también son extrapolables a la visita domiciliaria, aunque no en la misma dimensión: huésped y anfitrión, la temporalidad, el encuentro, la acción-movimiento, lo emocional, la confianza, el escenario, las reglas. Especial relevancia se le da a la confianza, por se un aspecto clave también la visita domiciliaria.

Los dos actores necesarios para que haya visita son el *huésped/es* y el *anfitrión/es* o visitante/s y visitado/s. El Diccionario de la Real Academia Española define al *huésped* como la persona alojada en casa ajena; y por *anfitrión*, a la persona o entidad que recibe en su país o en su sede habitual a invitados o visitantes. También incluye a la persona que tiene invitados a su mesa o a su casa. En ambos casos se entiende que la estancia es temporal.

La *dimensión temporal* adquiere relevancia entorno a la visita social, esta puede ser de carácter puntual, o aun siendo corta, más duradera en el tiempo. Refranes populares reflejan los efectos temporales de las visitas: "El huésped y la pesca, a los tres

días apestan"; "Íranse los huéspedes y comeremos el pollo"³. Las visitas alteran la vida cotidiana de los habitantes de la casa, y aun siendo bien recibidas la mayoría de ellas, se las quiere temporalmente.

Otro elemento esencial es el *encuentro* propiamente dicho y la acogida. Las personas necesitamos encontrarnos cara a cara, mantener un contacto cercano, con proximidad física: saludarse, hablarse, abrazarse, dialogar....

El encuentro se articula en base a la comunicación, la visita es toda comunicación. El mero acto de visitar ya es mensaje, y de recibir al visitante también, con ello se está declarando la confianza al recibir al otro en tu espacio de intimidad. Es un encuentro basado en la comunicación (verbal y no verbal) donde el intercambio de mensajes en forma de diálogo articula la relación, y a su vez es un encuentro sujeto a reglas sociales generales, y particulares de cada lugar como ya hemos señalado.

La visita es acción, supone el movimiento de ir al encuentro del otro, desplazarse a su domicilio, salir de mi lugar e ir al lugar del otro. Y a la vez, quien recibe también demuestra acción, realiza preparativos, procura la comodidad de sus invitados, está alerta a sus necesidades. Este tipo de encuentro adquiere una relevancia diferenciada a otros contactos que se mantienen en otros lugares. A propósito, Augé (1993) distingue entre lugar y no lugares: "Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar" (p.83).

En general, la visita social se caracteriza por ser *eminentemente emocional*, está impregnada de sentimiento mutuos, vivencias, respeto, confianza, cariño, amistad,

³ Proverbios españoles en Wikiquote, la colección libre de citas y frases célebres.

alegrías, tristezas, tensión, solidaridad, acompañamiento, cercanía... es un acto psicosocial que vincula lo individual, familiar, grupal, vecinal... con lo emocional.

En este tipo de encuentros están presente los afectos entre visitados y visitantes. A diferencia de la *visita domiciliaria* que es más racional que emotiva, aunque las vivencias del caso sean objeto mismo de la intervención, y el profesional visitando también tiene sus propias emociones; sin embargo entre visitante y visitado no hay vínculos afectivos, solo relación profesional-cliente.

Visitar o ser visitado requiere de un ingrediente fundamental tal cual es la *confianza* entre anfitrión y huésped. Dada su importancia tanto para la visita social como la visita domiciliaria, nos vamos a detener a apreciar distintos matices.

Permitir el acceso a terceros al hogar implica considerar al otro como digno confianza para entrar en tú espacio privado e íntimo. En algunas visitas sociales, la confianza es débil e incluso puede haber cierto grado de des-confianza, sin embargo será necesario algún tipo de cercanía para que se produzca el encuentro, éste suelen ser más formal, frío, distante, y en donde las normas de cortesía y buena educación, regulan la distancia.

El vínculo social se basa en la confianza mutua. La confianza es una emoción positiva que favorece el orden, la relación y cooperación social. Las personas necesitamos confiar en los demás para la vida en sociedad, así pues, la confianza es una variable necesaria para la relación interpersonal. Para Gill (citados por Yañez y Osorio, 2007), la confianza es un factor crítico para las buenas relaciones interpersonales, ésta es necesaria para establecer vínculos de cooperación entre las personas. Para Habermas (1990), la confianza estaría en las relaciones sociales, en la comunicación racional que se dan entre los diferentes actores que conforman el mundo de la vida. La confianza

sería como un prerrequisito necesario para enfrentar los problemas sociales, establecer una comunicación, alcanzar un consenso o entendimiento intersubjetivo.

No existe una definición de consenso sobre el concepto de confianza, en las ciencias sociales. Algunos la entienden como la predisposición del carácter de la persona que confía; o bien como una cualidad que pueden tener aquellos a quienes se les tiende confianza; o bien, como la creencia compartida por un grupo (Luhmann, 1996; Kramer, 1999; Gill & Boies, 2005; Lane & Bachmann, 2000).

Algunos autores como Gill (2005); Mayer, Davis & Schoorman (1995); Cornu (1999), analizan la confianza poniendo el acento sobre las expectativas de conducta futuras del otro, se depende de la acción del otro e implica la voluntad para aceptar quedar en una situación de vulnerabilidad a la acción del otro.

Mayer, Davis & Schoorman (1995) y Watzlawick (1997) abundan en las percepciones hacia el otro, para ellos la idea de confianza lleva implícita la noción del mal, del bien y el sentido de la justicia. Según estos autores, la confianza moviliza y vehiculiza una idea del otro que se pone en juego, no porque el otro sea “bueno o malo” sino por que uno cree que es “bueno o malo” (confiable o no confiable).

Cornu (1999) ponen el acento en los riesgos, para esta autora la confianza es cotidiana, no podríamos sobrevivir sino tuviéramos permanentemente confianza en quienes nos rodean. Así la confianza se basa en la creencia de que los otros se comportarán de manera predecible.

La confianza se convierte en un factor esencial en aquellos casos en los que el individuo se enfrenta a circunstancias donde la información de la que se dispone no es completa. Dada la complejidad de las relaciones humanas (Morin, 2000), la confianza es un mecanismo de reducción de la complejidad.

Por su parte Doney y Cannon (1997) (citados por Sanz, Ruiz & Pérez, 2009) enumeran otras características: la honestidad al referirse a la creencia de que la otra parte cumplirá sus promesas y sus obligaciones. Benevolencia, la creencia de que la otra parte está interesada en conseguir beneficios conjuntos y no tomará decisiones ni emprenderá acciones que perjudiquen al que confía, es decir, que a una de las partes le importa el bienestar de la otra. La competencia, hace referencia al nivel de capacidad que debe poseer una de las partes para poder encargarse de las tareas encomendadas, de cumplir lo prometido (Vázquez, Díaz y Del Rio, 2000); y la Integridad, que alude a las percepciones que una de las partes tiene acerca de la adhesión de la otra parte a un conjunto de reglas, principios y valores morales que permiten un intercambio aceptable (Roy, Dewit & Aubert, 2001)

Estas variables son relevantes para aplicarlas a la visita social como forma de relación social, aunque las vamos a retomar cuando abordemos este mismo tema en la visita profesional (visita domiciliaria).

Como veremos, la confianza, es también un ingrediente clave en la visita domiciliaria, se tratará en el apartado de la relación de ayuda. Solomon y Flores (2001) (citados por Yañez & Osorio, 2007) apuntaban que dada la dinámica de la sociedad contemporánea, requerimos confiar en extraños; en este caso, el/la trabajador/a social cuando visitan a una familia no deja de ser un “extraño”.

Otro elemento clave en la visita social es el *escenario* donde se produce el encuentro, ésta se lleva a cabo en un territorio, propio para unos, ajeno para otros. Es necesaria la apropiación previa del territorio y sentir como propio, para que terceros sean admitidos como visitantes.

El elemento distintivo de otros tipos de encuentros que se pueden dar entre personas es que el escenario donde se produce es la casa/hogar de la persona visitada, y

el domicilio para el visitante, en sentido administrativo. Este espacio es sustancialmente diferente a la calle, la oficina, la plaza, el lugar de trabajo... es un espacio de intimidad, y esto lo hace diferente. Ser invitado a la casa de un amigo, vecino o familiar, y ser recibido, acogido y disfrutar la hospitalidad y compañía de los anfitriones es un privilegio solo para personas con vínculos especiales. La casa es un lugar privado, diferente al resto de los espacios públicos donde también se desarrolla la sociabilidad humana.

La confianza o desconfianza tiene su reflejo en el espacio. Entrar en la casa y avanzar en los distintos ambientes y estancias de la misma viene marcado por el grado de confianza entre visitante/s y visitado/s. Hay partes de la casa que están más orientadas a recibir visitas con menor nivel de confianza.

De igual manera, la preparación del escenario de la visita es importante, dependiendo de la cercanía y familiaridad entre las partes, recibir a los íntimos no precisan tanta preparación previa como a visitantes más lejanos.

En esto se dan notables diferencias con la visita domiciliaria, el profesional puede ser recibido en la parte más pública de la casa, y luego acceder a las partes más privadas de la misma (si fuera necesario para la intervención) sin que medie relación de amistad o familiaridad entre profesional y familia. O incluso ir directamente a esas estancias más privadas cuando se visita a personas enfermas, dependientes, encamadas...

De otra parte, ante la visita domiciliaria la familia puede realizar un gran aparato de preparación de su llegada, adecuando el entorno a las expectativas creadas entorno a la visita del profesional. Tanto es así, que puede ocurrir que el profesional precise conocer el entorno no alterado para su visita, para lo cual realiza otro tipo de estrategias sin previo aviso, poniendo en juego la confianza necesaria a que antes aludíamos.

Continuando con los elementos que componen la visita social, otro aspecto clave es el *motivo* de la visita. Los motivos son múltiple, variados e innumerables. Hay situaciones en las que socialmente está estipulado hacer visitas (visita de pésame, visitar a un amigo/familiar enfermo, tras el nacimiento de niño/a, visita de cortesía...), en otras ocasiones son por mero goce y disfrute de verse, de compartir, conversar sin más... Otras adquieren más valor instrumental (prestar cuidados, acompañar...).

Según el grado de cercanía, familiaridad y confianza, los motivos pueden variar: Si hay mucha familiaridad, los motivos son difusos, puede incluso no haber más motivo que el mero hecho de encontrarse y estar en compañía. Si hay una relación íntima, la formalidad menor, no se hacen preparativos especiales para acoger al/los visitante/s, se les recibe y acoge en las partes de la casa de convivencia habitual, los visitantes se pueden mover con mayor libertad.

Si hay menos familiaridad y confianza, los motivos de la visita tienden a ser más formales, razonado y claros. En estos casos se sitúa en el marco de cortesía, obligación o de cumplido... De común, la visita se anticipa y se acuerda con antelación (aunque en esto también puede darse las visitas de improviso variando en los entorno rurales o urbanos, etc.).

Respecto a las *reglas*, solo apuntar para concluir este apartado sobre la visita social, que ésta es una práctica social informalmente regulada. El antes, durante y después de la visita todos esta estipulado: la anticipación de la visita, las horas para hacer visitas, la indumentaria, los tiempo de duración, la devolución de visitas, llevar algún presente, las circunstancias y momentos especiales que requieren visitas, agasajara los visitantes. Esta regulación tendrá mayor o menor alcance, más o menos estricta según la formalidad que revista la visita. Esta regulación variará según cada

entorno y grupo social. El no cumplimiento puede tener la consecuencia (mínima) no ser invitado o recibido nuevamente en el domicilio.

Las normas de trato social en visita están en la mente de los actores, han sido introyectadas por el grupo de pertenencia y pueden ser más o menos explícitas. Todas ellas responden a un sistema de valores que regulan los comportamientos individuales y colectivos de cada grupo social.

Las normas de trato social regulan también las relaciones afectivas. En algunas sociedades la expresión afectiva en público está cuasi-prohibida, en otras es una manifestación espontánea y necesaria. Como señalábamos la visita social es eminentemente emocional, en la cual se expresan los afectos verbal y físicamente, se proveen los apoyos, se favorece el vínculo, se establece la relación... es un espacio privilegiado para el diálogo en intimidad, y también para la emotividad. Las normas que regulan las expresiones de afectos en el marco de las cuatro paredes de la casa, se torna más laxo que en la calle; no obstante, y dependiendo del grado de amistad y proximidad, las expresiones afectivas (verbales y no verbales) serán más o menos prodigadas entre visitantes-visitados.

Los modales serían la concreción de las normas en situaciones y detalles concretos, ayudando a suavizar y regular los encuentros. Este sistema de modales no son extensibles a todos los grupos por igual, y no están exentos de los rasgos culturales propios de cada lugar, y de ideologías de fondo (religiosas, políticas, patriarcales...) Hay profusión de decálogos y enumeraciones de buenos modales y comportamiento en casa ajena, algunos de ellos más actuales otros más rancios y caducos. Estos son

convenientemente inoculados a las generaciones más pequeñas, asegurando lo que en cada momento se ha entendido como *buen comportamiento*⁴.

1. 1. 4. Para finalizar.

Como señalaba al comienzo, entre la *visita social* y la *visita domiciliaria* profesional hay elementos comunes y diferenciales. Ambas son visitas, donde rige (o debe regir) el reconocimiento del otro, el respeto, las reglas de cortesía, etc. Sin embargo, entre la una y la otra, el contexto, las motivaciones y los actores son diferentes. Siguiendo a Watzlawick (1997) se podría decir, que la visita social se centra más en la *relación* con un alto componente emotivo, vivencial y relacional entre visitantes y visitados; y la visita domiciliaria, se centra más en el *contenido*, es más racional, al menos de parte del trabajador/a social (aunque durante la visita se trabajen aspectos emocionales, vivenciales y relacionales). En la visita domiciliaria, la relación de ayuda o alianza terapéutica es el vínculo que se da entre profesional y el usuario/familia visitada que permite encuentros más fluidos. La visita social es vivencial, entraña una forma de relación social entre personas cercanas y/o íntimas. La visita profesional es metodología, técnica y procedimiento inspirado por teorías y modelos de intervención que no dejan de estar presentes en la mente del profesional durante toda la visita.

⁴ Modales cuando vas a casa de un amigo: Decir por favor, gracias, de nada, ¿puedo?, y perdón. Mirar a la gente a los ojos. Sonreír. Limpiar lo que dejes sucio. Comportarse bien en la mesa. No hablar mal a los adultos. No interrumpir. Esperar el turno para hablar. Responder cuando alguien te habla. No meterse en todas las habitaciones de la casa ni registrar los armarios y cajones. Tratar a las personas como quieres que ellos te traten a ti. Saludar cuando entres en la casa con un hola, dando dos besos (sin limpiarte después) o estrechar la mano con firmeza. Decir adiós cuando uno se marcha y dar las gracias por todo al final de la estancia. Tener compasión por los demás. Comprenderles. Abrir la puerta a los demás y dejar pasar, etc. etc. Márquez, Sáez & Crespillo (2010) autores de libro *¡Compórtate!, Guía práctica de los buenos modales* (Ediciones Palabra).

Finalmente el *poder* es un elemento importante siempre que se visita a tercero/s en su domicilio. El poder sobre el encuentro lo tienen los anfitriones por estar en su propio terreno. En la visita social, las relaciones son más simétricas e igualitarias entre visitantes-visitados (vecinos, amigos, parientes familiar). En la visita domiciliaria la relación de poder es más asimétrica o complementaria entre las partes, ya que el profesional porta sobre si el poder que le otorga el conocimiento y el de la propia institución que representa, aunque el poder sobre la casa lo sigue teniendo los propios habitantes de la misma.

Estos y otros matices comunes y diferenciales, aparecerán a lo largo de todo el trabajo que permitirán ir enriqueciendo la visión sobre la visita domiciliaria desde el trabajo social.

1. 2. LA VISITA DOMICILIARIA UN INSTRUMENTO PARA EL ENCUENTRO CON LA VIDA COTIDIANA.

1. 2. 1. Introducción.

¿Por qué es importante hablar de la cotidianidad cuando tratamos el tema de la visita domiciliaria?. Uno de los principales puntos de contacto entre la cotidianidad de los usuarios y familias y el/la trabajador/a social que interviene con ellas, es la visita domiciliaria. La visita hace de puente entre ambos en su propio medio natural.

Los/as trabajadores/as sociales preocupados por las necesidades sociales, entran en contacto de manera directa con la cotidianidad de las familias a las que atienden, generalmente en dos escenarios diferentes: Cuando se entrevistan con ellas en el despacho (u otras dependencias) del centro de trabajo donde se desempeñan profesionalmente; y especialmente, cuando realizan visitas a los barrios y las casas donde habitan los usuarios/familias con los que intervienen.

Desde este segundo escenario, en este punto de la tesis, voy a intentar hacer una aproximación limitada al extenso y denso tema de la vida cotidiana, siendo consciente de la amplitud de desarrollos que hay sobre el mismo desde distintas disciplinas. El eje vertebrador seguirá siendo la visita domiciliaria como instrumento que permita la aproximación a la vida cotidiana de los caos, con lo cual la intención es hacer una relectura de los aportes de distintos autores sobre la vida cotidiana a partir de la intervención domiciliaria.

Realmente esta necesidad de conocer, comprender e intervenir con y en la vida cotidiana, es una idea transversal que late en toda esta tesis, no dejando de ser una de las esencias propias del trabajo social.

En esta aproximación prima la dimensión microsocial del trabajo social, siendo conscientes de que lo concreto, lo diario, lo particular, lo habitual, lo frecuente... lo cotidiano, es trascendente para las personas y familias en particular, y para la sociedad en general. Afortunadamente, algunos autores referenciales en este campo han elevado a los altares lo microsocial como una dimensión indiscutiblemente valiosa. Desde esta creencia, abordar desde el trabajo social la cotidianidad de los casos es una experiencia rica y profesionalmente útil.

Una parte del ejercicio del trabajo social se desarrolla en el siempre silenciado, ignorado e invisible terreno de la cotidianidad. El trabajo social siempre se ha debatido entre si el efecto de su acción profesional es más efectivo desde intervenciones micro o macrosociales, generando polaridades internas. Me alinee con el *modelo integrado de trabajo social* (Lusk, Carlson & Valverde, 1983; Valverde, 1996; Aguilar, 2013), que contemplan la posibilidad de intervenir de forma efectiva en los niveles: micro, mezzo (intermedio , meta) y macro. Sin duda en este debate entre la elección de niveles de intervención no está exento de posicionamientos ideológicos.

1. 2. 2. Conceptualizar la cotidianidad.

La cotidianidad ha sido amplia y profusamente estudiada, tomo como referentes para la aportaciones que sigue a Heller (1987a), Lefebvre (1972), Goffman (1970, 1989, 1981), De Certeau (1999, 2000), Quiroga (1981), (Wolf, 2000).

Alicia Lindón (1999a, 2004b) destacada teórica de la vida cotidiana y de sus escenarios, en su artículo *Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana*, diferencia tres grandes grupos de teorías y autores acerca de la vida cotidiana: La primera, de corte marxista enfatizan la alienación de la rutina y lo repetitivo, en la que la autora ubicaba a

Heller, y Lefebvre (en un primer momento). La segunda, de orientación interaccionista-fenomenológico influida por De Certeau sobre las huellas de Schutz, Berger y Luckman, que incorporan la posibilidad de innovación dentro de las rutinas y lo repetitivo. Y la tercera de tipo constructivista, que subraya el movimiento constante de invención más defendida por Juan y Alberoni. Sobre esta última Lindón (2004) dice: “la idea rectora es el movimiento constante entre la invención y la rutinización: toda invención, en la medida en que se adopta (se instituye), de inmediato se constituye en rutina y repetición” (p.46).

Lindón (2004b) en una relectura que hace posteriormente de estas corrientes, termina reposicionando a una figura clave como es Lefebvre de la primera a la tercera corriente, al entender las aportaciones destacada de este autor a la capacidad de innovación que existe en la vida cotidiana. Lo que Lefebvre, en su obra *Crítica de la vida cotidiana*, (no traducido y citado por Lindón, 2004), denominó “las riquezas y las miserias” de la vida cotidiana, que encierra la capacidad transformadora y liberadora de lo cotidiano frente a la alienación.

Entiende Lindón, que lo cotidiano es la posibilidad de realizar el cambio social en un movimiento constante entre el no cambio y el resurgir de la capacidad de cambio.

La riqueza no sólo es complejidad de lo cotidiano, sino la capacidad para producir el cambio social. [...] La Miseria es la tendencia repetida, que lleva a reproducir la sociedad y -retomando la expresión de Habermas- esto ocurre cuando lo cotidiano ha sido colonizado por el sistema. (Lindón, 2004, p. 46)

Desde los aportes anteriores, tomo como referencia la visión transformadora que aportan Lefebvre y Lindón, en coincidencia con mi visión del trabajo social en la intervención en la vida cotidiana. A lo que sumo la convicción de la posibilidad de cambio social a partir de lo cotidiano. Toma protagonismo en esta perspectiva, mi creencia en las capacidades de las personas, los grupos y las familias como actores

protagonistas de su cotidianidad, de la innovación y transformación a que puedan dar lugar. Desde esta perspectiva, considero que el trabajo con el cotidiano desde la visita domiciliaria es posible, siempre que la visita sea desvinculada de formas intrusivas de intervención, situándola más al contrario como vehículo de acercamiento, comprensión, acompañamiento, activación de capacidades, etc.

Lo cotidiano está presente en todas las sociedades. La vida cotidiana es universal, sin ella no hay sociedad y es la base fundamental de la existencia social. La convivencia en sociedad se articula a través de la vida cotidiana, Heller (1994c) señala:

La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan las reproducciones particulares creadoras de la posibilidad global y permanente de la reproducción social...[...] En toda sociedad hay pues una vida cotidiana: sin ella no hay sociedad (p.9).

La sociedad debe su existencia, cambios, evolución... no solo a los hechos excepcionales y trascendentes que suceden en su historia, sino especialmente al acontecer diario. Para Heller esta mediación existente entre el hombre (entiéndase hombre/mujer, ser humano) y la sociedad, con el cotidiano, supone que lo cotidiano no se encuentra por fuera de la historia, sino que es el “centro del acaecer histórico: es la verdadera esencia de la sustancia social” (Heller, 1987a, p. 42). En la misma línea Kosik (1965) apunta:

Separada de la Historia se vacía la cotidianeidad y queda reducida a una absurda inmutabilidad, mientras que la Historia separada de la cotidianeidad se convierte en un coloso absurdamente impotente, que irrumpe como una catástrofe sobre la cotidianeidad, sin poder modificarla, es decir, sin poder eliminar su banalidad y darle contenido (p.97).

Esta dimensión trascendente de lo cotidiano en la historia, también podría ser proyectado a lo concreto/micro de cada familia, donde lo cotidiano se convierte *en su centro del acaecer histórico*, y donde el trabajo social, para intentar comprender su

dinámica de cambio y permanencia, necesita acercarse a su cotidianidad y no solo a sus hechos excepcionales.

Junto con escenarios cotidianos tan importantes como la escuela, el barrio, el centro de trabajo, la calle, los transportes, los lugares de ocio..., el *hogar* tiene una especial significación para toda persona. Éste sería un marco excepcional de la expresión de la cotidianidad y de la intimidad. Cada persona y cada familia articula su vida entorno a su lugar de residencia y todo gira tomando a éste como punto de referencia esencial. En esta línea Alicia Lidón (2006), desde la *geografía de la vida cotidiana*, aporta una mirada a la luz de la espacialidad y de la temporalidad, diciendo:

La interacción refiere a las personas situadas espacio-temporalmente en un contexto intersubjetivo desde el cual le dan sentido al espacio y al otro, en un proceso constante de interpretación (resignificación) y de construcción de los espacios de vida. (p.357)

Las dimensiones espacio y tiempo son también preocupación constante de otros pensadores de lo cotidiano. Quiroga (1988) en su *Crítica a la vida cotidiana*, abunda en esta misma idea espacio-temporal al señalar que la vida cotidiana "...implica la reiteración de acciones vitales, en una distribución diaria del tiempo. Por eso sostenemos cotidianidad es espacio, tiempo y ritmo" (p.12).

Respecto al tiempo y espacio, Lefebvre (1972), en su conocido *ciclo de las 24 horas* apunta que "La historia de un día engloba la del mundo y la de la sociedad" (p.11). Para él, el espacio de la vida cotidiana es el área de las prácticas de los actores, cargado de significados, que incluyen no solo los desplazamientos cotidianos de los actores, sino también ámbitos de significación asociados a la experiencia que los actores tienen de diferentes porciones del espacio. A este respecto Lindón apunta:

Lo cotidiano no podría prescindir del tiempo. El tiempo social es la permanente intersección de tiempos lineales y tiempos cíclicos, los primeros derivan de la tecnología, el conocimiento y la racionalidad; los segundos, de la naturaleza. A esta

intersección la llamó ritmoanálisis. (Lindón, 2004b, p. 43)

Junto a la dimensión temporal, están los escenarios donde se desarrolla la vida cotidiana, y estos resultan de gran interés para la intervención domiciliaria desde el trabajo social. Lindón (2006c) establece cuatro escenarios de la vida cotidiana: los desplazamientos, las prácticas que permanecen en un lugar, los escenarios de comportamiento, y los patrones/rutinas espaciales.

Para este tesis, me resulta de interés los tres últimos señalados por Lindón, especialmente aquellos en el que el protagonismo lo tiene el hogar en general, y las partes que lo componen en particular: habitación, cocina, espacios comunes... Todos aquellos espacios domésticos donde se llevan a cabo las experiencias cotidianas.

Y junto a los espacios, especialmente todas aquellas formas de interacción que se producen al interior de la vivienda por las personas que la habitan: la forma de saludarse o despedirse, los espacios donde se expresan los afectos, aquellos donde surgen las tensiones, los conflictos y donde se resuelven; los lugares donde comen, conversan..., las rutinas de cada miembros en cada momento del día, o las de grupos de miembros (pareja, hermanos...) describiendo mapas de recorridos al interior de la vivienda... Y todas aquellas conductas e interacciones que se repiten día tras día llenando sus vidas, que resultan tan habituales para los habitantes que se tornan invisibles, y que solo se echan de menos (visibilizan) cuando un miembro se ausenta dejando un vacío en las interacciones, en el espacio...en la cotidianidad familiar.

Junto con el escenario del hogar, también el entorno donde éste se encuentra ubicado es de suma importancia. La oportunidad que ofrece la visita para observar la cotidianidad del barrio, la calle, la ciudad, el pueblo..., y la red social con la que el usuario/familia interactúan, es de gran valor. La visita domiciliaria permite apreciar con

más detalle las interconexiones de la cotidianidad extradoméstica, y con ello observar las redes sociales de los casos según su densidad, amplitud, número, diversidad, tipos de apoyos... (Bott, 1957).

Junto con la dimensión espacio y tiempo, hay otros componentes fundamentales o determinantes ontológicos de la vida cotidiana, autores como Heller (1987a), Lukacs (2002), Netto (1994), señalan que en la cotidianidad predomina la relación pragmática, espontánea e inmediata entre las personas y la sociedad. Algunos de los componentes más destacados según estos autores/as son: La *heterogeneidad* en la medida que vida cotidiana supone la intersección de múltiples actividades, demandas, necesidades y soluciones como parte de nuestro ser social que en cada momento de la historia han sido socialmente jerarquizadas. Y la *innmediaticidad*, que supone un patrón de comportamiento propio de la cotidianidad donde hay una respuesta activa en una relación directa entre pensamiento y acción.

Según Heller (1994c), pararse a reflexionar sobre cada actividad diaria, nos impediría realizar las mínimas necesarias para el accionar cotidiano. Existe como una suerte de automatismos que hace que la vida cotidiana fluya, primando la *superficialidad extensiva* sobre la intensiva.

Es en el punto anterior, donde la visita domiciliaria puede ser altamente productiva, en la medida que el accionar cotidiano no pensado (automatismos) de muchos casos, les lleva a dinámicas generadoras de malestar, que son más “fácilmente” apreciables por elementos (trabajador/a social) externos a su cotidianidad.

1. 2. 3. La visita domiciliaria instrumento idóneo para apreciar la cotidianidad.

Para una comprensión más profunda de cada situación, desde el trabajo social, la visita domiciliaria se convierte en el instrumento técnico idóneo para ello, propiciando el encuentro cara a cara en el entorno natural. Quizás no haya una forma más directa y cercana de contactar con la cotidianidad intra-extradoméstica que visitando a las familias, y vivir temporalmente su cotidianidad. Este trabajo de contacto directo con las personas en sus escenarios naturales es altamente productivo, a la vez que exigente y difícil. Como dice Kosik (1965) sobre la vida cotidiana “Es un mundo fenoménico en el que la realidad se manifiesta en cierto modo y a la vez se oculta” (p.95).

En lo que se refiere al estudio en vivo de la vida cotidiana, tomamos como referencia a Goffman (1970a, 1983c, 1994d), que desarrolló buena parte de su obra tomando contacto directo y participando con aquellos fenómenos sociales que investigaba (ej. se ingresó en un hospital psiquiátrico, convivió con los habitantes, o trabajó con reclusos...). Toda su obra acentúa la importancia del contacto vivencial con la realidad para comprender sus profundos entresijos y formular teorías explicativas del fenómeno de la interacción social. En nuestro caso, la visita domiciliaria sería para los/las trabajador/a social esa vía regia de acceso directo y temporal a la realidad cotidiana al objeto de la investigación microsocial y de intervención con cada caso.

Goffman (1993c, 1994d) puede ser un gran referente para los/as trabajadores/as sociales que contribuya a ampliar los análisis de las interacciones cara a cara, a partir de su método de microanálisis, por el cual, la presencia cara a cara es un campo fecundo para el análisis desde la microsociología. Su propuesta sobre el *orden de interacción* puede ser útil para el trabajo domiciliario dado que en el relata los encuentros con la

vida cotidiana (aunque su análisis se centra más en los espacios abiertos, *instituciones totales*, ámbitos públicos..., que en el espacio doméstico)

1. 2. 4. La cotidianidad intradoméstica es difícil de observar.

Observar la cotidianidad al interior del hogar es más inaccesible que estudiarla en los espacio públicos (transportes, colegios, calles, plazas, comercios...). Aun siendo complicado, el hogar, es del máximo interés. Es en él donde surgen los afectos, los apegos, las tensión, los conflictos, las soluciones, los acuerdos, los apoyos, los distanciamientos.... En la intimidad del hogar es donde se desarrollan todo un sin fin de interacciones entre los convivientes que permanecen ocultas a la mirada externa. Cada habitante tiene sus propias pautas de comportamiento, que influyen y son influidas por los demás.

Conocer la cotidianidad intradoméstica se torna complicada sino se habita en ella, sino se forma parte de ese núcleo de convivencia. Tendría el profesional que convertirse en observador participante (conviviente) para un estudio más afinado, lo cual resulta ciertamente difícil. O bien, como es el caso, convertirse en visitante temporal para tener algunos retazos de esa cotidianidad tan privada.

Algunas experiencias profesionales desde el trabajo social se pueden acercar a esa idea de *convivir en la cotidianidad* de la familia, por ejemplo en aquellos hogares sustitutos (pisos tutelados, casas de acogida, hogares temporales, comunidades terapéuticas...) donde las familias o grupos de personas en situaciones especiales comparten una vivienda, y donde un trabajador/a social (entre otros profesionales) convive con ellos temporalmente.

En otros caso no se vive en directo, sino que el/la trabajador/a social recurre a fuentes secundarias, por ejemplo a las descripciones que le hacen terceros que pasan más tiempo en el domicilio realizando su trabajo: auxiliares de ayuda a domicilio, trabajadores/as familiares, voluntarios... Éstos al estar un tiempo más prolongado de convivencia con el usuario/familia en su domicilio, desarrollan una observación más participante siendo una información valiosa para los/as trabajadores/as sociales a objeto de la comprensión del caso.

1. 2. 5. Los valiosos retazos de la cotidianidad que aporta la visita.

La visita aun siendo útil, se torna incompleta y limitada, ya que solo permite apreciar retazos o fragmentos de esa cotidianidad que pretende conocer. El acercamiento es temporal y fragmentado, y aun dentro de la mirada integral que caracteriza a los/as trabajadores/as sociales, está más focalizado en aquellos aspectos que dan lugar a la intervención. Aun con esa limitaciones, siempre aportará más que la idea de cotidianidad que se construye el profesional cuando solo trabaja con los casos en el despacho.

Otra limitación del instrumento (visita domiciliaria) son los efectos clásicos que produce la observación en los observados: activación, retraimiento, reactividad..., pudiéndose contrarrestar mediante el proceso del acostumbramiento a la presencia del observador (trabajador/a social).

No se puede obviar una limitación importante que tiene la visita, está concebida con una orientación interventiva, no como un instrumento de investigación social propiamente dicho. De común se emplea para conocer y comprender la situación de los casos con los que se trabaja, pero no para realizar una investigación que explique un

fenómeno social determinado en sentido académico, sino claramente orientada a la intervención. Esto último no obsta a que a partir de la sistematización de un número determinado de visitas no se pueda explicar un fenómeno social concreto.

Dicho lo anterior, la visita no se constituye en un instrumento aséptico para apreciar la cotidianidad, sino para intervenir en ella bajo demanda. La sola presencia del/la trabajador/a social influye en la cotidianidad, la intervención que se derive puede alterar o modificar el estado habitual de la cotidianidad de una familia.

1. 2. 6. El trabajador/a social visita desde su subjetividad.

Apreciar en vivo la cotidianidad ajena, tiene sus riesgos. El/la trabajador/a social visitante tiene la experiencia personal de su propia cotidianidad. Esta experiencia no es extrapolable, y cualquier proyección da lugar a sesgo. Este riesgo además resulta ineludible, la subjetividades del profesional no se puede dejar fuera de la visita: su sistema de creencias familiares, su propia visión del mundo, del modo de convivir, etc. están siempre presentes. Éstas visiones ya están alojadas *bajo la piel* pudiendo impregnar y colonizar la mirada a la cotidianidad ajena. “Las casas hablan de sus moradores, y quien observa una casa ajena lo hace desde la mirada de la suya propia”. (González Calvo, 2009, p.75)

La disociación instrumental persona-profesional es imposible (Ceberio, 2002). Somos un todo único, persona y profesional a la vez. El trabajador/a social tiene que estar continuamente alerta y supervisarse para apercibirse de esas influencias, contratransferencias y proyecciones (Leplanche & Pontalis, 1985), las autoreferencias (Maturana, 1995), resonancias y ensamblajes (Elkaïm, 1997), que se tienen al visitar. Además, la posibilidad de tener toda esa conexión con lo personal, y con otras

experiencias profesionales de visita, se multiplican al recibir un innumerable cantidad de estímulos a diferencia de cuando se trabaja con la familia en el despacho (el factor multiplicador que veremos más adelante).

1. 2. 7. El instrumento de la visita domiciliaria, no les es extraño a los usuarios/familias.

Una de las ventajas que ofrece la visita domiciliaria como forma de acercamiento a la cotidianidad, radica en que para la familia recibir visitas no es algo extraño. La visita domiciliaria resuena, conecta, vincula con la *visita social* como forma de interacción social. La visita social forma parte de esa escenografía y de esa dramaturgia que apuntaba Goffman (1994) de las interacciones sociales. Las familias están acostumbradas a recibir y hacer visitas a parientes, vecinos, amigos..., con lo cual, la visita profesional no sería un acontecimiento completamente extraño en lo que a recibir terceros en la propia casa se refiere.

Se podría decir, que buena partes de las motivaciones (ayuda, apoyo, contención, acompañamiento, orientación, ayuda material...) que dan lugar a una visita social y/o a una visita domiciliaria son similares; con la diferencia de que la primera, serían fruto de la red social *contextos naturales de cambio*; y la segunda, sería a partir de la relación profesional-cliente *contextos profesionales cambio* (Lamas, 1997 en Coletti & Linares, 1997; Cirillo, 1994). Es decir, que una persona o familia, puede recibir una/s visita/s de un familiar, amigo o compañero (red social)... con el objetivo de acompañar, apoyar, ayudar.... Y un profesional, también puede realizar visitas para prestar servicios profesionales con similar cometido. De común, la intervención profesional se activa, cuando las necesidades (de ayuda, apoyo, contención...) superan las posibilidades que ofrece la red social.

Otra ventaja, es que socialmente está asumido que los/as trabajadores/as sociales realizan visitas a sus usuarios/familias. Se trata de una práctica histórica socialmente aceptada e integrada. Quien trata con un profesional del trabajo social, puede esperar que éste le plantee en algún momento cursar una visita a su domicilio. El trabajo social es una profesión socialmente aceptada y sus actuaciones de visitar, entrevistar, emitir informes... son esperables

1. 2. 8. Para el trabajador/a social visitar, se convierte en un acto cotidiano.

Visitar, se incorpora dentro de su quehacer y rutinas profesionales. Puede ser incluso una acción mil veces repetida (rutinario-alienante), o una enorme posibilidad de innovación profesional a través de ella. Para las familias sin embargo, recibir visita del trabajador/a social puede ser un momento excepcional o habitual, dependiendo de la frecuencia y continuidad que tenga el trabajo en el domicilio.

Al visitar de manera recurrente, los/as trabajadores/as sociales pasan a formar parte del “paisaje” de la comunidad⁵, resultando natural y asumido verles por la vecindad. Evidentemente el alcance de este fenómeno no es idéntico en entornos rurales como urbanos donde se dan mayores o menores niveles de despersonalización y anonimato. Este proceso de acostumbramiento, de aceptación y de normalización, favorece el acercamiento a la cotidianidad.

1. 2. 9. Visitar a una familia no es un mero acto administrativo.

Visitar es un encuentro de subjetividades, es un encuentro humano articulado a

⁵ Un ejemplo de ello lo podemos encontrar en la “Visita de Bloque” que explica Santas(2008) en la revista Trabajo Social Hoy nº 54, p.45-54.

través del lenguaje. Para Tonon (2005) es una “interacción dialógica que se tiene en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana”(p.57). Los trabajadores/as sociales necesitan visitar a sus usuarios/familias para poder conectar con su mundo subjetivo e intersubjetivo. Apunta Quiroga (2006), “La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento, pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social, compartido, porque es un mundo que vivo con otros” (p.12). Es la necesidad profesional de adentrarse en ese complejo mundo de las intersubjetividades de los convivientes (y red social), lo que hace de la visita domiciliaria una dimensión imprescindible en la intervención. El profesional escuchando las narrativas de la familia, observando la interacciones entre los convivientes, su relación con el espacio, y con el propio trabajador/a social..., lleva a cabo una apreciación de la realidad familiar a partir de su subjetividad.

El mundo de la vida⁶ es el ámbito de la realidad en el cual el hombre participa continuamente, en formas que son al mismo tiempo inevitables y pautadas. El mundo de la vida cotidiana es la región de la realidad en que el hombre puede intervenir y modificar mientras opera en ella mediante su organismo animado. Al mismo tiempo, las objetivaciones y sucesos que se encuentran ya en este ámbito (incluyendo los actos y las acciones de otros hombres) limitan su libertad de acción” (Schutz & Luckmann, 1973, p.25).

1. 2. 10. El encuentro con la cotidianidad está llena de sensaciones.

Al tomar contacto con el entorno del caso atendido (barrio, calle, bloque, vecindad...), y al entrar en contacto con los casos en su hogar, percibimos, palpamos, olemos, sentimos, oímos... la cotidianidad. Interactuamos en el escenario mismo de la cotidianidad y esto actúa de factor multiplicador de sensaciones.

⁶ Schutz emplea la expresión *mundo de la vida* para referirse a la cotidianidad.

A cada paso que se da acercándose a la casa que se va visitar, el/la trabajador/a social se apercibe de la riqueza de grandes detalles y pequeños matices del entorno cotidiano (del pueblo, el barrio, la calle, el bloque...). Se escuchan conversaciones entre vecinos, niños que van o vuelven del colegio o juegan, el tránsito pausado o acelerado de personas, una discusión lejana, el sonido de una radio que sale de una casa, ropa tendida en balcones, macetas en los portales, olores, ruido de tráfico o silencio... secuencias éstas, mil veces repetidas. Dice Quiroga (2006) que “la vida cotidiana se manifiesta como un conjunto multitudinario de hechos, actos, de objetos, relaciones y actividades que se presentan en forma “dramática”, es decir, como acción, como mundo en movimiento” (p.13).

Para los/as trabajadores/as sociales es muy importante este contacto con lo comunitario, éste aporta elementos claves para ubicar la familia en un contexto concreto que permita una mejor comprensión de su situación. Esta dimensión de la interacción social extradoméstica del trabajador/a social, es una pieza clave del puzzle por la cual la familia atendida deja de ser un expediente y pasa a ser percibida en un escenario concreto lleno de sensaciones.

De igual manera las sensaciones se multiplican en la antesala de la casa a visitar. Nos encontramos con imágenes propiamente urbanas, y otras más rurales según lugar de la visita. Son imágenes significativas, con mensaje: un portal adornado con macetas y cuadros o abandonado y desconchado con olor a cañerías nada más entrar, con buzones rebosantes de papeles, un telefonillo que no funciona, un ascensor que tarda o escaleras en penumbra, sonidos que bajan de la escalera, un anciano que nos pregunta a quien buscamos al vernos desorientados, una puerta de la casa pulcramente pintada y limpia o manoseada y con huellas del uso...

Y en la casa, un perro que nos ladra o nos lame al entrar en la visita, un pájaro

en su jaula, el fuerte sonido de la tv que acompaña al anciano en su soledad, el runrún de la lavadora, el olor a comida de la cocina o a gato en el salón. Una madre que le habla a su hijo en nuestra presencia, el olor a medicinas, a humedad o a úlceras desatendidas de la anciana encamada, ropas en las sillas, el tapete de ganchillo, los cojines desgatados del uso, las bolsas de plástico llenas de cosa por todos lados... Estas y otras mil imágenes más, se presentan cuando un/a trabajador/a social visita. Cada caso recrea su cotidianidad a través de escenas concretas, diferentes.

1. 2. 11. Visibilizar lo silenciado.

Un efecto directo de aplicar el instrumento de la visita domiciliaria para conocer la cotidianidad es que favorece la particularización del caso. Agnes Heller (1977) decía:

En toda sociedad hay una vida cotidiana y todo hombre, sea cual sea su lugar ocupado en la división social del trabajo, tiene una vida cotidiana. Sin embargo, esto no quiere decir de ningún modo que el contenido y la estructura de la vida cotidiana sean idénticos en toda la sociedad y para toda persona. (p.19)

El trabajo social al tomar contacto directo con la cotidianidad de la familia, particulariza más el caso, ampliando su visión y teniendo una experiencia más completa con el mismo. Hasta la visita solo tenía la representación imaginaria de la escena y la coreografía familiar construida a partir de sus voces (o voz si solo trató con uno de sus miembros). Al visitar, le pone el marco, le incorpora imágenes y sonidos al escenario, lo ubica en un espacio y un tiempo, lo extrae del “anonimato” burocrático del expediente, o de la impersonal base de datos. Es como pasar de la fotografía en blanco y negro, al video en color (aunque en muchos casos ese colorido resulte teñido de tristeza y necesidades).

Para el trabajo social, lo relevante es sentir la cotidianidad *in situ*. La cotidianidad tiende a ser eclipsada, no considerada, invisibilizada, desvalorizada por

considerarla irrelevante e intrascendente, Quiroga (1981) apuntaba que hay una tendencia a silenciar la cotidianidad:

la ideología dominante mistifica lo cotidiano en tanto oculta, desde los intereses de sectores hegemónicos en la sociedad la esencia de la vida cotidiana, su carácter de manifestación concreta de las relaciones sociales, de la organización social de las relaciones entre necesidades de los hombres, metas disponibles y formas de satisfacción. (p.8).

Trabajando con los casos, y especialmente visitándolos, surge la posibilidad de hacer resurgir lo cotidiano como centro de interés, evitando su silenciamiento, intentando eludir lo que Quiroga (1991) señala:

Este encubrimiento y distorsión se da a través de un mecanismo particular característico de la ideología dominante, por el que se –naturaliza– lo social, se universaliza lo particular y se atemporaliza lo que es histórico [...] Lo supuestamente obvio puede ser lo más desconocido. (p. 4).

La visita domiciliaria como acto profesional fundacional, característico, histórico y actual en el trabajo social, es una demostración palpable de esa preocupación por lo socialmente eclipsado, y creo que esto aporta un valor añadido a la profesión (aunque ciertas formas de hacer visitas, le hayan restado también). Buena parte de la labor que desarrollan los/as trabajadores/as sociales en los distintos escenarios (Yáñez, 2007; Estalayo, 2014), pero especialmente en la intervención domiciliaria permanecen invisibilizados, como invisibilizada están las realidades de muchas familias en necesidad.

1. 2. 12. Intervenir, no solo contemplar.

No se trata de valorar lo cotidiano de modo contemplativo, sino también interventivo, desarrollando también procesos de transformación desde lo cotidiano, Mut (2012) apunta el compromiso del trabajo social:

El Trabajo Social profesional revalorizando acciones que impriman procesos de transformación desde lo cotidiano. Es en este sentido donde encontramos la centralidad de la vida cotidiana como espacio privilegiado en la intervención, no sólo por la cercanía con los sujetos y sus necesidades, sino porque en ella se traducen los aspectos más significativos para comprender la metamorfosis de lo social. [web log post]

Para Quiroga (1981a), “la que la realidad social se muestra y se oculta a la vez en la vida cotidiana; se muestra en los hechos y se oculta en la representación social de los hechos” (p.4). El trabajador/a social, al intervenir en lo cotidiano, no se queda solo con la representación social genérica, sino que individualiza el caso, lo diferencia, lo concreta. Interviniendo en lo cotidiano, mantiene una actitud cercana y comprensiva de los hechos y los modos de vida. Y al ser una mirada externa a la cotidianidad de la propia familia, le llaman la atención detalles, interpela, cuestiona los hechos, los problematiza a la luz del conocimiento y la experiencia, sugiere perspectivas y propone alternativas a la familias para su cotidiano. Siguiendo a Quiroga (1981) se trataría de:

¿Cómo realizar esta crítica de la vida cotidiana?. En primer lugar experimentándola, viviéndola, ya que la práctica se constituye como primer momento de todo proceso de conocimiento”. (p.4).

Decíamos que un mecanismo irreflexivo inconsciente de hacer, de vivir se instala en lo cotidiano, y se transforma en una de las condiciones de esa relación de desconocimiento-pseudoconocimiento, que guardamos con nuestra experiencia cotidiana, en la que los fenómenos no resultan significativos, no nos plantean interrogantes, sino que quedan encubiertos -desde el mecanismo irreflexivo y desde un sistema social de representaciones- bajo el mecanismo de lo obvio, lo natural y autoevidente. (p.13).

El trabajo social se ha caracterizado siempre por su acción práctica. En más ocasiones de las deseadas, las formas de comportamiento y relación que se dan en el interior de algunas familias en sus hogares, genera sufrimiento interno a todos o algunos de sus miembros; esto da lugar a demandas directas o indirectas de intervención a los/as trabajadores/as sociales. Desde la comprensión de la complejidad de esas formas de interacción disfuncionales (generadora de sufrimiento), los profesionales del trabajo

social se plantean su abordaje, considerando que lo cotidiano puede ser transformado. No desde las instancias profesionales y/o institucionales de forma invasiva, impositiva e intrusiva, sino desde el protagonismo y participación de los propios actores implicados.

Desde mi concepción y práctica del trabajo social, el/la trabajador/a social siguiendo un proceso de comprensión continuo de la realidad de cada caso (particulariza), estimula los recursos internos que alberga cada sistema familiar, proponiendo (no imponiendo) alternativas de cambio, que pueden ser tomadas en consideración por la familia para mejorar su dinámica relacional intra y extra familiar. Solo la familia cambia dejando atrás la disfuncionalidad y el sufrimiento, cuando la familia decide cambiar.

Ciertamente no todas las prácticas contemplan este modo de hacer más de corte humanista-constructivista, que prima las capacidades, recursos, potencialidades, las propuestas y la negociación. Algunas intervenciones tienen un carácter más intrusivo y marcadamente de control, manifestándose también en las formas de hacer visitas, que no responde a la esencia de la profesión que pretende potenciar las capacidades, empoderar a las personas/familias e implicarlas en su propio cambio; sino que se ponen más al servicio de las instituciones e ideologías dominantes.

La cotidianidad ajena merece ser respetada, el profesional se debe conducir por principios éticos de beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la justicia y por supuesto, respeto a la intimidad..., entre otros. Conecto esta idea con el principio de respeto y aceptación que se mencionaba al hablar de la visita social.

No se puede obviar que el trabajo social ha tenido una dimensión funcionalista e instrumental históricamente. El trabajo social ha sido una profesión que ha participado en la reproducción de las relaciones sociales al servicio de las clases dominantes (poder), siendo un peón más dentro de todo un ejército de profesiones de un sistema

capitalista. Todo esto se refleja en su accionar cotidiano en la ejecución de las políticas y directrices que se les encomiendan (Iamamoto; 1992; Guerra, 2007).

“Participa tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo y por la misma actividad, da respuestas a las necesidades de sobrevivencia de las clases trabajadoras. (Iamamoto, 1992, p.89).

1. 2. 13. La cotidianidad intacta.

El trabajador/a social al visitar un barrio y una casa es un cuerpo extraño en ese entorno natural. Su entrada puede alterar la cotidianidad. El/la trabajador/a social necesita del contacto con la cotidianidad no alterada cuando visita los casos, para con ello hacerse una composición de lugar más ajustada. Para una comprensión más precisa, necesita que en el momento de la visita, la familia sea natural y no artificiosa; y que la llegada del “extraño”, suponga la menor ruptura posible con la forma de habitar y convivir, y en la medida de lo posible, una continuidad del acontecer cotidiano. Desea (el/la trabajador/a social) que el escenario, los actores y la representación, respondan lo más fielmente posible a su día a día, sin previa reorganización pensando en supuestas subjetividades del profesional.

El trabajador/a social espera que, al igual que el barrio o la calle que transita hasta la casa, se muestran tal y como son en su cotidianidad, el hogar y sus habitantes se muestre también igual. Sin embargo las subjetividades de cada habitante, y las intersubjetividades de los convivientes, pueden ajustar la escenografía y la dramaturgia de su cotidianidad a las supuestas expectativas del profesional y del servicio, generando, a vista de muchos profesionales una distorsión no deseable.

Es tanta la necesidad que tienen algunos trabajadores/as sociales de tomar contacto con la cotidianidad natural no alterada, que cursan visitas sin previo aviso (visita domiciliaria sorpresiva), para con ello intentar neutralizar la alteración del

escenario cotidiano ante su inminente presencia. Con ello esperan encontrar la cotidianidad intacta.

Estas acciones de visitar sin aviso previo (que las trataré de manera monografía en otro apartado de este trabajo), si bien pueden estar motivadas por un interés *bien intencionado* de observación naturalística, no dejan de poner en tela de juicio el principio de respeto, cortesía, confianza... que avanzábamos en el capítulo de la visita social, además de poner en riesgo la ética de la profesión.

1. 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA.

A partir de las aportaciones referidas a la *visita social* como forma relación social, nos adentramos en conceptualizar ahora la *visita domicilia* como forma de relación profesional.

Este tipo de visita profesional tiene características propias, diferentes a los usos de la visita social. El profesional, en nuestro caso, el/la trabajador/a social se encamina al domicilio de un tercero, con el que no guarda relación de amistad, de familia o vecindad. Es un extraño “conocido” que va con un propósito, cuyo único vínculo con los visitantes es una demanda de intervención directa o indirecta, y que da pie a la acción de visitar.

Esta secuencia básica en el trabajo social se ha venido repitiendo desde hace más de un siglo. Saber qué la originó, resulta sugerente, y a la vez, conocer como se define, parece necesario.

Este punto de la tesis, trata de conceptualizar la visita domiciliaria a partir de distintos autores/as que la han pensando. Previamente se hace un breve recorrido histórico, a sabiendas que su rastro no ha impregnado la literatura científica, pasando inadvertida y quedando invisibilizada en la espesura de la práctica.

1. 3. 1. Visitar, evangelizar, moralizar.

La Visita Domiciliaria quizás sea el acto profesional más idiosincrático del trabajo social, y una de las intervenciones más genuinas de los/as trabajadores/as sociales a lo largo de toda su historia. Si por algo son reconocidos los/as trabajadores/as sociales, es por visitar a los usuarios y a sus familias en su propio domicilio. La visita domiciliaria precede a la propia profesión, y de alguna manera marca el origen de la

misma. Antes de las *asistentes sociales* o trabajadores/as sociales, estuvieron las *visitadoras amigables* o las *visitadoras de pobres*.

La visita domiciliaria en el trabajo social está vinculada al origen religioso, caritativo y filantrópico de la profesión. Para los creyentes, se dice que la primera visitadora fue la Virgen María⁷ cuando visitó a su prima Isabel, ya mayor y embarazada, para prestarle ayuda y cuidados González Calvo (2014).

De otra parte, la religión cristiana en sus Bienaventuranzas, dice “*Bienaventurados los misericordiosos porque ellos alcanzarán la misericordia*” (Mt5:3-12). Se entiende por misericordia, el sentimiento de pena y compasión por los que sufren, y el impulso a ayudarles o aliviarles.

Así mismo se describen como Obras de Misericordia del buen cristiano: *Visitar a los enfermos, dar de comer al hambriento, vestir al desnudo, redimir al cautivo...* Estas obras enumeradas suenan muy cercanas a las primeras denominaciones preprofesionales del trabajo social: *visitadora de pobres, visitadoras de presos, visitadoras amigables*.

Y junto a lo ya dicho, hay que destacar alguna de las siete Obras Espirituales que señala el cristianismo: *Enseñar al que no sabe, dar buen consejo al que lo necesita, corregir al que yerra, consolar al que sufre....* Estas obras, parecen conectar con ese espíritu iniciático del trabajo social, y que en los primeros textos de la incipiente profesión, se planteaba en los términos de adaptar el individuo al entorno.

La visita a los domicilios, en la religión cristiana (en sus distintas variantes), ha sido considerada como un instrumento de primera magnitud para evangelizar, predicar y

⁷ Hay una tradición popular, y ritual cristiano, por el cual la imagen de la Virgen María sigue visitando a los hogares hoy día. La llamada Asociación de la Medalla de la Medalla Milagrosa (o también la Virgen del Rosario), reconocida por el Vaticano desde 1909, por la cual una estatua de la Virgen de pequeñas dimensiones visita a las familias pasando de casa en casa y realizándose entorno a ella, ritos y oraciones durante su corta estancia en el domicilio.

ejercer el apostolado; intentando con ello, salvar las almas de los visitados, llevándoles la fe y la palabra de Dios; y a su vez, para los/las visitantes/as, la satisfacción de ayudar al prójimo y alcanzar con ello la salvación.

No solo el trabajo social surge a raíz del influjo religioso, también la profesión de enfermería, tiene un origen similar y vinculado a prestar cuidados en el domicilio. Tanto los *limosneros visitantes*⁸, las *visitadoras de pobres*, como las seglares *beguinas*⁹, son los orígenes históricos de la ayuda en el domicilio al prójimo necesitado, menesteroso, pobre y enfermo. Estas figuras aludidas, fueron las precursoras de lo que después, serían profesiones, social y académicamente reconocidas.

El trabajo social progresivamente se fue secularizando, sin embargo, la impronta religiosa ha estado presente en su historia. En España, buena parte de las escuelas de trabajo social, surgen a partir de la Congregación de Hermanas de la Caridad, y algo similar ocurre también en otros países del entorno. Sin embargo, en América Latina, se inician a partir de instancias médicas, que requieren de visitadoras para la atención de enfermos pobres. Especial referencia toman los aportes de Manrique (1982) en su libro *De apóstoles a agentes de cambio*, donde relata el origen histórico del trabajo social en Latinoamérica; al igual que es de gran interés las reflexiones en la tesis doctoral de Bañez (2003) en su capítulo *De damas de la caridad a asistentes sociales*.

En este punto es necesario destacar la figura de Concepción Arenal, que en la ayuda a los pobres, establece una distinción entre beneficencia, filantropía y caridad. Arenal publicó dos manuales que servían de guía no solo para visitar, sino especialmente para entender la pobreza: *El visitador del pobre* (1944), y *El visitador del*

⁸ Tomas Chalmers en 1825, creó la figura del “Limosnero visitador” que era la persona que tenía bienes estaba encargado de proporcionar ayuda material, dar trabajo, orientar a niños y ancianos. (Kisnerman, 1998:30)

⁹ Antecedentes de las enfermeras actuales, grupo de mujeres seglares que atendían a enfermos en su domicilio, organizadas por el sacerdote Lambert le Bègue en Lieja.

preso (1927). Sus convicciones las explica Capilla (2001), señalando:

Por la perspectiva amplia con la que vio el campo de lo social, Concepción Arenal puede considerarse un precedente significativo del Trabajo Social en España. Sus primeros trabajos relativos a la cuestión le proporcionaron reconocimiento en su momento aunque sus iniciativas proyectistas no tuvieron el seguimiento necesario para alcanzar logros mínimos. Sus dos primeras obras sobre la cuestión social, *Manual del visitador del pobre* y *La Beneficencia*, la *Filantropía* y la *Caridad* recogen la esencia de lo que fue su pensamiento posterior sobre la beneficencia. Su enfoque propone la distribución de funciones entre Estado, sociedades filantrópicas y la caridad individual. Este último aspecto queda profundamente tratado en el *Manual del visitador del pobre* cuando aborda los valores y habilidades necesarios para ofrecer ayuda. En los propósitos y sugerencias que estas dos obras apuntan, se encuentran esbozadas las tendencias que han predominado en los enfoques teóricos y prácticos del Trabajo Social en las últimas tres décadas en nuestro país. (p. 155).

1. 3. 2. Las historia de la familia y del trabajo social tienen un punto en común.

Visitar supone entrar en contacto con la morada de las familias con las que se interviene. Resulta interesante como la historia del trabajo social, y la historia de la familia como grupo social, tienen un punto en común (González Calvo, 2014).

La historia de la familia está vinculada a la historia de sus moradas; sabemos del origen y evolución de la familia, por el estudio de sus formas de habitar. Los vestigios arqueológicos de poblados, ciudades, casas, templos..., así como de los enseres de sus habitantes, nos narran, la forma de vivir y de concebir las relaciones de los grupos humanos de antaño. La evolución de la familia queda retratada en los habitáculos que le dan cobijo, y estudiando la historia de éstos, comprendemos la historia de la familia.

Si la historia de la familia, queda ligada a los lugares que habitaron; a su vez, la historia del trabajo social está unida al acto de visitar los lugares que habitan las familias (casa/hogar). De esta manera, la familia, sus moradas y el trabajo social están indisolublemente unidos.

1. 3. 3. Devenir histórico de la visita domiciliaria.

El trabajo social surge en el marco de las acciones de caridad, donde las visitadoras amigables tienen un especial protagonismo. La Charity Organization Society (COS), llevó a cabo su labor a través de voluntarias, con el objetivo de descubrir las causas de la indigencia y prestar ayuda. Esta acción de caridad, parte de una concepción de la pobreza, que no la considera tanto como un vicio o vagancia, sino como fruto de una dinámica social cada vez más excluyente. (Las Heras, 1986; Picó, 1986; Moix, 1991; Ander-Egg, 1992).

Fernández García & Alemán Bracho (2003) citan a Friedlander (1969) para señalar, que las sociedades caritativas se ven desbordadas por el incremento y demanda de personas necesitadas, debido a las precarias condiciones de vida en las ciudades. Para su atención se crea la Sociedad para la Organización del Socorro Caritativo y la Represión de la Mendicidad, que posteriormente pasó a llamarse la Sociedad para la Organización de la Caridad (Charity Organization Society), la COS ya mencionada, con el impulso de Richard Green, Samuel Barnett u Octavia Hill.

Fernández García & Alemán Bracho (2003), destacan algunas pioneras del trabajo social como, M. Richmond, O. Hill o J. Shaw Lowed, que articularon intervenciones basadas en el hogar, para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. Entienden, que era preciso defender la dignidad y el valor de toda persona, como vía para salir de ese estado de marginalidad.

Especial mención merece Octavia Hill, en relación a la intervención en el hogar. Ella trabajó en los barrios pobres de Londres. Su especial preocupación era mejorar las condiciones de las viviendas. Hill consideraba que una casa en buen estado, aunque sea pequeña, con la luz, aire, espacio y con los vecinos que se preocupan por los demás, es

una de las principales necesidades de la vida. (Malpass, 1984)

Para Hill, la vivienda fue la base para su trabajo, y el punto de partida para otras actividades. Desarrollo acciones en los barrios, para crear jardines, zonas de recreo para los niños, organizó excursiones.... En el barrio de Marylebone de Londres, construyó una casa “club”, para acoger actividades de fin de semana para los niños, las mujeres y las personas mayores. También desarrollo proyectos de vivienda que generaron fondos, a la vez que daba vivienda a familias necesitadas que pagaban un bajo alquiler por ellas. Hill les hacían visita a domicilio frecuentemente. Muchas mujeres recibieron capacitación para llevar a cabo una función similar Hill, lo que dio lugar a su propio equipo de trabajadoras sociales. (Lewis, 1991)

El enfoque adoptado por Hill, era fortalecer el respeto entre los propios inquilinos y confiar en sus capacidades, sería algo así como el empoderamiento y potenciación de las capacidad que se denomina hoy día. Hill consideraba que la filantropía y la caridad creaban dependencia. Su intención era proporcionar ayuda sin limosnas. (Lewis, 1991; Capilla, A. 2004; Kisnerman, 1998)

Según Leiby (citado por Beder, 1998, p.515), las visitadoras amigables voluntarias, las cuales llevaban a cabo la mayor parte del trabajo de la COS, se convirtieron en el enlace permanente entre ésta y el sistema-cliente. Éstas realizaban su trabajo en el domicilio del cliente. Para Tonon (2005), el trabajo en los barrios con los pobres se operativizó a partir de la tarea desarrollada por los visitantes voluntarios que concurrían a las casas para conocer sus problemas.

Birtwell (citado por Beder, 1998, p.515), señala que la tarea de las visitadoras voluntarias no siempre era efectivo y satisfactorio, por cuanto carecían de los

conocimiento necesarios para comprender las relaciones humanas, y dispensar un buen trato que produjera mejores resultados.

La necesidad de formación se hizo patente, y para ello la COS instituyó planes de formación para las voluntarias, por medio de clases y conferencias. De esta manera se creó la primera Escuela de formación que se convirtió a finales del siglo XIX, en el Department of Social Science Administration de la London School of Economics y cuya actividad influyó en el desarrollo del Trabajo Social en Inglaterra (Tonon, 2005).

Faucett (citado por Beder, 1998, p. 515), señala, que a los pocos años de su introducción en los EEUU, los programas de la COS operaban en noventa y dos ciudades. Las bases del social casework, se forjaron por estas visitadoras amigables voluntarias. Woodroffe (citado por Beder, 1998, p.515) señala un dato relevante: progresivamente el número de voluntarios era insuficiente para los casos de personas necesitadas, o las que había, no tenían tiempo libre para realizar tales visitas. Por lo tanto, es en este momento, cuando surge la figura de la asistente social remunerada y ya formada.

Aunque la mayoría de las familias, consideraban las visitas como una forma de ayuda, no siempre fue positiva y beneficiosa para todas, algunas las consideraban como forma de control (Beder, 1998).

Según Tonon, G. (2005) al iniciarse el siglo XX, y a partir del trabajo desarrollado en EEUU por M. Richmond, la visita domiciliaria se constituyó como técnica específica de la profesión.

M. Richmond publicó 1903, su primer libro precisamente acerca de la visita a los pobres: *Friendly visiting among the poor*. Macmillan Company. New York. M.

Richmond, en su libro *What is social case work?*, publicado en 1922, señalaba que cuando las visitadoras amigables están en el domicilio, podían conocer la información que le aportaba el ambiente en el cual la persona desarrollaba su vida cotidiana, además de evitar la actitud defensiva que el cliente manifestaba cuando concurría al despacho del profesional. Y cuando publicó *Social Diagnosis* en 1917, también expresaba la gran cantidad de información que se ofrece al visitador en el entorno del cliente. Beder, (1999) señala en relación a Richmond que:

Para el observador silencioso (visitador) las fotografías en la pared, los certificados enmarcados de pertenencia a órdenes fraternales, reliquias de la guerra del pensionado, los libros de la escuela dominical, los arreglos del hogar son elocuentes. (p. 515)

Por su parte, Álvarez Uría (1995), también hace mención a las visitadoras y sus características:

Los principales agentes de la intervención social fueron mujeres de la burguesía urbana, predominantemente solteras, con un nivel de instrucción elevado, que actuaron mediante la visita domiciliaria. Se pretendía proporcionar una solución individualizada a los problemas sociales. [...] En esta relación se vislumbran dos puntos opuestos. En una predomina el vicio, la suciedad, la degeneración, la obscenidad. En el otro, la decencia, la limpieza, la moralidad, la disciplina. Las pioneras de la asistencia social eran las portadoras del bien y de los valores morales frente a la enfermedad y la depravación, que aparecían como compañeras inseparables de la miseria, disponiendo para su intervención de un instrumento privilegiado de observación y objetivación: la entrevista codificada, el cuestionario y la encuesta a domicilio la causa y el acicate de cuanto pensó y obró no fue otra que un sentimiento de humanidad siempre en acción, un sentimiento de simpatía para todos los dolores, un sentimiento de compasión para todos los desgraciados. Lo son los “pobres” y por eso escribe sobre la beneficencia; lo son los “obreros” y por eso escribe sobre el problema social; lo son los “presos” y por eso escribió sobre derecho penal y sistemas penitenciarios; lo son las “víctimas de la guerra” y por eso escribió sobre el derecho internacional; y por eso además de escribir fundó y fue el alma de sociedades caritativas; visitó e inspeccionó prisiones y se puso al frente de hospitales durante la última guerra civil. (p.12-13)

Transcendiendo de esos primeros tiempos del trabajo social, las señales evidentes de la visita domiciliaria se pierden en el devenir del siglo XX, apenas se aprecian menciones a la misma, la profesión se ocupa y se preocupa de construirse, de incorporar

marcos teóricos nuevos, y de verse sometida a los vaivenes de las dos guerras mundiales.

Con la intención de identificar nuevos aportes, que señalen los recorridos histórico de la visita domiciliaria, Quiroz (1994, p.16 a 18), señala tres momentos partir de mediados del siglo pasado. El autor, enumera tres tendencias considerando los objetivos que persiguen las visitas:

1º. Tendencia de la pesquisa (1940-1960): La visita domiciliaria es considerada una herramienta para recoger información que permita un análisis correcto y completo de la situación. Permite, así mismo, captar la relación existente entre la conducta sintomática o problema y el ambiente donde esta inserto el Sujeto de Atención, teniendo presente que no se le puede considerar únicamente “como víctima” de ese contexto, sino también como su artífice. Así nos apartamos de la explicación lineal de la causalidad sustentada por el paradigma causa–efecto, para, de a poco situarnos en la explicación circular sistémica. Además la pesquisa puede poner de manifiesto aspectos de adaptación o inadaptación entre el individuo y el ambiente, y en este caso su situación y organización habitacional y la de la familia, pueden llegar a ser áreas de indagación muy significativas.

2º. Tendencia de apoyo y reforzamiento (1960–1990): Una segunda corriente esta relacionada con el plan de intervención que ha formulado el trabajador social, y que considerada a la visita domiciliaria como una de sus estrategias. Cuando la intervención esta relacionada con la aplicación de métodos psicosociales y conductistas, la relación profesional y la eficacia de la intervención estará determinada por las implicancias del contrato pactado al inicio de la intervención y dependerá del grado de adherencia que cada uno de los involucrados tenga a las cláusulas inicialmente pactadas. No obstante,

cuando la relación entre trabajador social y sujeto de atención esta definida en un contexto de control, este ultimo debe adecuarse en las directivas concretas impartidas por el profesional que conduce el caso, o por las prescripciones emanadas de la institución patrocinales.

3°. Tendencia de intervención (1990 en adelante): Esta corriente está relacionada con las situaciones en las cuales la relación se estructura claramente en un contexto de apoyo emocional o de adherencia a un determinado plan de tratamiento y donde la visita domiciliaria se constituye en una herramienta de apoyo. Considerando esta tendencia, manteniendo siempre la relación profesional y ética, el asistente social puede hacer sentir al sujeto de atención su apoyo con su presencia en el hogar, su disponibilidad a ayudarlo con respecto a condiciones o momentos especiales que esté, está experimentando, confirmando así la relación empática ya establecida en la entrevista de oficina. Son ejemplos de esta tendencia el apoyo que se puede brindar a pacientes desinstitucionalizados, enfermo crónicos, delincuentes que cumplen condenas en medio abierto, rehabilitados alcohólicos, etc.

Sobre la base de Quiroz (1994), se podría decir, que estas tres tendencias, aun señaladas en periodos diferentes, siguen siendo concurrentes a día de hoy.

1. 3. 4. Conceptualización de la visita domiciliaria.

En este punto, se pretende mostrar las distintas definiciones registradas sobre la visita domiciliaria en el trabajo social, para después hacer una análisis de las mismas identificando los aportes sustantivos comunes de todas ellas. Previo a este trabajo, se parte de definir, a partir de distintos diccionarios, las distintas voces entorno los conceptos: *visita*, *visitar*, *visitador*, *visita a domicilio*. El objetivo es ver si alguna

acepción de las mismas, tiene referencia directa o indirecta al tipo de visita que hacen los/as trabajadores/as sociales.

Tras todo este recorrido, se termina este punto, con una conceptualización propia sobre la visita domiciliaria.

1. 3. 4. 1. Visita, Visitar, Visitador y Visita a Domicilio.

Señalar previamente, que de las múltiples acepciones que alguna de las voces tienen, solo se extraen aquellas que pudieran ser susceptibles de ser relacionadas con el objeto de la tesis.

La voz *Visita* es definida por el Diccionario Real Academia Española en su versión digital, de la siguiente manera:

“la acción de visitar”; “la persona que visita”; “visita que se hace como muestra de cortesía y respeto”. Se extraen otras acepciones relacionada con el ámbito religioso, judicial o médico: “Casa en que está el tribunal de los visitadores eclesiásticos”; La que los médicos de sanidad hacen en los puertos a la llegada de las embarcaciones, para juzgar por el semblante de los pasajeros el estado de su salud”; “Visita que un juez o tribunal hace a las cárceles en días determinados, para enterarse del estado de los presos y recibir sus reclamaciones”.

En el Diccionario del Ministerio de Educación y Cultura <http://fenix.cnice.mec.es/diccionario/>, entiende que *Visita*:

Es la acción y resultado de visitar a una persona o un lugar . Y por visita domiciliaria la que realiza un médico al domicilio del enfermo o la consulta del médico. Y también entiende por tal “la consulta del médico.

En diccionarios.com tiene varias acepciones del término *Visita*, la genérica, que sería “la acción y resultado de visitar”, y “persona o personas que visitan un lugar a otras personas”. También incluye otras que nos podrían resultar de interés a lo largo de este trabajo que hacen referencia a:

-V. de Inspección: inspección o reconocimiento que se hace desplazándose el que la realiza a un lugar); -V. de Religión: Casa en que está el tribunal de los visitadores

eclesiásticos(ya mencionada); la que se hace a una serie de altares rezando una oración en cada uno de ellos; -V. de Cortesía: aquella muy breve que se hace para saludar a una persona; -V. Cumplido: la que se hace para cumplir, pero sin desearlo realmente; V. del Médico: la que es muy breve (sentido coloquial); -V. Sanidad: aquella que se lleva a cabo en los barcos que llegan a un puerto para inspeccionar el estado sanitario del buque y de sus tripulantes y pasajeros.

La voz *Visitar* también es definida por el Diccionario de la Real Academia Española <http://lema.rae.es/drae/>:

Ir a ver a uno a su casa o al lugar donde se encuentre, por cortesía, amistad, etc.; Recorrer un lugar para conocerlo; Acudir con frecuencia a un lugar; Ir a un templo o santuario por devoción, o para ganar indulgencias; Ir el médico a casa del enfermo; Acudir a un lugar para examinarlo, reconocerlo, etc.

En [diccionarios.com](http://www.diccionarios.com/)(<http://www.diccionarios.com/>) esta misma voz consta con hasta catorce acepciones, de éstas se detallan aquellas que pueden tener más relación con la acción de visitar en los términos que se expresa en este trabajo:

- Ir a ver una persona al lugar en el que está por cortesía, amistad o cualquier otro motivo, que estaría en relación con la Visita Social ya enunciada en un capítulo específico; - Examinar el médico a sus pacientes en su consulta o en casa del enfermo; - Obtener informes sobre una cosa de manera personal.

- El Diccionario del Ministerio de Educación y Cultura (<http://fenix.cnice.mec.es/diccionario/>) tiene ocho acepciones sobre visitar, de las cuales extraemos:

Ir a ver una persona a otra; Ir a conocer un lugar; ir el médico a casa del paciente para examinarlo o ir los pacientes a visitar al médico.

Es apreciable, en la variedad de acepciones que tiene las voces señaladas(visita y visitar) que en la mayoría de las fuentes consultadas las circunscriben al ámbito de la práctica médica, a la de la sociabilidad humana, y al ámbito religioso.

La voz *Visitador* se define por el Diccionario de la Real Academia Española y [diccionarios.com](http://www.diccionarios.com/) (<http://www.diccionarios.com/>) con varias acepciones:

1. Que visita frecuentemente. 2. Religioso o religiosa encargado de inspeccionar los diversos monasterios o establecimientos religiosos de su provincia. 3. Persona que presenta a los médicos los productos de un laboratorio: el visitador mostró al médico varios productos farmacéuticos. 4. Persona que se dedica a hacer visitas de inspección y reconocimiento. 5. Religioso encargado de inspeccionar las casas de su orden.

Ninguna de ellas hace referencia expresa a la acción de visitar por parte de los trabajadores/as sociales, si a la práctica de la medicina, por cuanto es la profesión de la que se tiene constancia de visitar desde tiempo remotos. No obstante, el trabajo social, podría haber heredado en su origen, o a lo largo de su historia, alguna de esas prácticas que recogen las acepciones anteriores, especialmente del ámbito religioso (las visitadora de pobres), este aspecto se visualiza más en la voz siguiente.

Así la voz *Visita Domiciliaria* es definida por el Real Academia Española <http://lema.rae.es/drae/>:

La que se hace por el juez u otra autoridad en casas sospechosas; La que hacen por caridad, en casas pobres, las personas constituidas en asociación piadosa para ese fin.

Diccionarios.com (<http://www.diccionarios.com/>), recoge definiciones prácticamente iguales:

1. La que hacen los miembros de alguna asociación de caridad a las personas que solicitan asistencia; 2. La que hace el juez u otra autoridad en casas sospechosas; -v. religión: la realizada por un obispo a las parroquias de su diócesis; - v. médica: pasar visita(ir el médico a ver a sus enfermos o verlos en su clínica).

Como se puede observar, en ninguna de las acepciones que presentan los diccionarios aparece la visita desde el trabajo social, ni desde otras profesiones que la practican, salvo la médica. Sin embargo, podría establecerse, una conexión indirecta al trabajo social las dos acepciones antes mencionadas, en la primera “*La que se hace por las autoridades a las casas sospechosas*”, podría estar relacionada con la visita clásica

y estereotipada, que realizan o han realizado, los trabajadores/as sociales en los llamados contexto de control; y especialmente ante situaciones de sospecha de riesgo social (abusos, malos tratos, violaciones, abandono de menores y personas mayores o incapacitadas).

Los/as trabajadores/as sociales, a lo largo de la historia, han desarrollado esa labor de comprobar si esos indicios de riesgo social tenían el suficiente fundamento, ejerciendo con ello, una función de protección, pero también de control social. No perdamos de vista las aportaciones de Foucault (1998) especialmente en su libro *Vigilar y Castigar*, que podría conectarse con el ejercicio de control social que realizan algunas profesiones, al servicio del poder. La *visita domiciliaria sorpresiva*, que realizan muchos/as trabajadores/as sociales podría inicialmente conectar con este argumento.

De otra parte, estaría la segunda acepción, la que también podría tener sentido para el trabajo social en sus orígenes: “La que hacen por caridad a las casas de gente pobre las personas piadosas”. En este caso, tampoco se menciona a los trabajadores/as sociales, sin embargo, la propia historia del trabajo social nace precisamente con este origen caritativo y piadoso de inspiración religiosa.

A partir de lo detallado, ambas acepciones del diccionario podrían tener una relación indirecta con la acción de visitar, que históricamente han venido desarrollando los trabajadores/as sociales.

1. 3. 4. 2. Visita Domiciliaria en Trabajo Social.

A continuación se detallan las distintas definiciones visita domiciliaria localizadas, con sus fuentes. No todas tienen una clara su autoría y/o localización, pero

aparecen referencias en artículos o en webs de internet, en los casos de más difícil identificación, se detallan la localización al final de las mismas.

“Técnica del trabajo social que se aplica en el domicilio del cliente, usuario o paciente, a través de la entrevista y la observación con fines de diagnóstico e intervención y con el propósito de vincular el problema-síntoma del cliente al sistema sociofamiliar en la perspectiva holística de la vida. Tiene como objetivos obtener, verificar y ampliar información en el domicilio, estudiar el ambiente social y familiar en que está inserto el mismo, dar información a la familia sobre el estado de avances de la intervención, controlar situaciones socio-familiares que indiquen el estado de avance, reforzamiento de las directrices dadas en el proceso de tratamiento” (Montoya, Zapata y Cardona, 2002, p.127)

“La Visita Domiciliaria se asume como una técnica de trabajo que no es nueva en la profesión del Trabajo Social, sin embargo como toda estrategia de trabajo no es neutral, en el sentido que su realización corresponde a la manera como se asume las personas que se visita”. (Hernández, Gómez y Zapata, 1996)

“Se trata de una herramienta bastante típica del servicio social, utilizada frecuentemente en algunos tipos de servicios. Sin embargo, la bibliografía sobre el tema es decididamente escasa. Entrevista efectuada en el domicilio del usuario para profundizar en la comprensión del diagnóstico y como estudio y observación del ambiente familiar” (Campanini y Luppi, 1991, p.195)

“La acción que realiza el asistente social en el hogar, con fines de investigación o de tratamiento”. (Asoc. Chilena de Escuelas de Serv. Social, 1960, en Quiróz, 1994, p.13)

“La visita domiciliaria es una técnica inherente al Servicio Social, y es tal vez la acción profesional que más identidad nos otorga, representa y distingue del resto de las profesiones. [...] Una técnica privativa del Servicio Social que se aplica en el domicilio del cliente, a través de la entrevista y observación con fines de diagnóstico e intervención y con el propósito de vincular el Problema-Síntoma del cliente al sistema socio-familiar en la perspectiva de la circularidad de la causalidad” (Quiroz, 1994, p.6 y 14)

“Es una atención proporcionada en el hogar del individuo o familia con el objeto de conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.” (Orientación y Normas técnicas del Asistente Social en Salud, 1992, en Quiróz, 1994, p. 13).

“La visita domiciliaria es una ampliación de la encuesta social, pero que en el caso del Trabajo Social, se registra para que otros –vean-; el Trabajo Social es los ojos del juez en el domicilio del causante” (Carballeda, p.4) www.ts.ucr.ac.cr

“Técnica de actuación del Trabajo Social, que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas – la observación y la entrevista-, que facilita la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso comunicacional verbal-no verbal y se caracteriza por un objetivo definido (investigación, asesoramiento, seguimiento, cierre de la actuación profesional) revistiendo un valor estratégico en el proceso de actuación profesional”. (Tonón, 2005, p.57)

“Aquella visita que realiza el Trabajador Social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento.” (Ander-Egg, 1995, p.83).

“Entrevista efectuada en el domicilio del sujeto de atención para profundizar y observar el ambiente familiar, contribuye directamente a interrelacionar hechos reales facilitando la precisión del diagnóstico.” (Salazar, 1999).

“Acto profesional que se compone de varias técnicas: la entrevista (con sus recursos específicos, subtécnicas y habilidades), y la observación en sus distintas formas (participante, estructuradas, no estructuradas, focal...)”. (González, 2003, p. 64).

“técnica compuesta de tipo investigativo y/o de intervención, constituida principalmente de técnicas complementarias de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno (integrantes de la familia) y externo (grupos y comunidad) de la realidad familiar”. (Cazorla, K.)<http://es.scribd.com/doc/62568094/Visita-Domiciliaria#scribd>

Es la actividad de encuentro entre el Trabajador Social y el individuo o familia que se realiza en el domicilio de los mismos. La visita domiciliaria será siempre programada y se realizará a demanda de algún miembro del EBAP o como estrategia de seguimiento del proceso del Trabajo Social individualizado y familiar. (<http://www.saludinnova.com/communities/social/blog/2009/11/18/sobre-el-anteproyecto-de-salud-publica/>)

que se aplica en el domicilio del cliente, a través de la entrevista y observación, con fines de diagnóstico e intervención y con el propósito de vincular el problema del cliente al sistema socio-familiar. <http://serviciosocialipp.bligoo.com/content/view/181113/La-Visita-Domiciliaria.html>

Visita domiciliaria: en servicio social aquella visita que cumple el asistente social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona o /y su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoría. Visitador social: expresión tradicional hoy fuera de uso, con la que se designa al profesional o a la persona que realiza tareas de asistencia social. Fue reemplazada por asistente social. Vivienda: local habitable destinado a albergar una o varias personas. <http://diccionariodetrabajosocialcolombia.blogspot.com.es/>

Sobre la base de estos enunciados, se aprecia que desde el trabajo social no hay una única definición de visita domiciliaria. Las distintas definiciones, la entiende como: *técnica, actividad, instrumento, entrevista, acto profesional*. Como veremos, será relevante esta consideración que reflexionaremos en un apartado específico de este trabajo sobre *La visita domiciliaria como técnica*.

En relación al para qué, la utilidad que tienen, o los fines que persiguen, se han identificado de forma genérica los siguientes: *Diagnóstico; acercamiento; interacción; profundizar; observar, interrelacionar; investigación; tratamiento; intervención; ayuda, asesoramiento; valor estratégico; registrar para terceros; atención en el hogar; conocer la realidad; completar diagnóstico; estimular participación*.

De forma más concreta, respecto a la intención de que *conocer, evaluar, diagnosticar*, se han identificado los siguientes desarrollos.

- permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno (integrantes de la familia) y externo (grupos y comunidad) de la realidad familiar de la realidad familiar
- para profundizar y observar el ambiente familiar, contribuye directamente a interrelacionar hechos reales facilitando la precisión del diagnóstico.
- con el objeto de conocer la realidad socioeconómica, ambiental y cultural, complementar el diagnóstico, estimular la participación activa de la familia, realizar intervención social con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

- fines de diagnóstico e intervención y con el propósito de vincular el Problema-Síntoma del cliente al sistema socio-familiar en la perspectiva de la circularidad de la causalidad
- con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento
- se caracteriza por un objetivo definido (investigación, asesoramiento, seguimiento, cierre de la actuación profesional) revistiendo un valor estratégico en el proceso de actuación profesional
- se registro útil para otros.
- Es una atención proporcionada en el hogar del individuo o familia con el propósito de vincular el problema del cliente al sistema socio-familiar.

Respecto a las *técnicas* que forman parte de la visita domiciliaria, se señalan: la entrevista y la observación. Y respecto a la comunicación se detalla que esta: *facilita la interacción dialógica* (Morin, 2000). A sí mismo se entiende que facilita la *relación* trabajador/a social y cliente/usuario o paciente.

Con este análisis, se puede concluir que las definiciones de visita domiciliaria en el trabajo social, tiene distintos enfoques, respecto a su consideración última (técnica, instrumento, entrevista..); respecto a los múltiples objetivos que persiguen, y sobre la base de una relación y comunicación profesional y usuario/familia.

1. 3. 4. 3. Mi conceptualización de la visita domiciliaria.

Sobre la base de los conocimientos teóricos que he ido adquiriendo sobre la visita domiciliaria y la práctica reflexionada de la misma, detallo a continuación las variables que contienen mi conceptualización de la visita domiciliaria en el trabajo

social. Previamente, se hace pertinente, apuntar brevemente, mi concepto del trabajo social con personas y familias, ya que entiendo la visita como una técnica al servicio de la intervención desde el trabajo social, y no un fin en si misma.

Mi concepto del trabajo social es de corte humanista, eco-sistémico y constructivista; y la visita, como no puede ser de otra manera, se inscribe en estas mismas líneas de pensamiento-acción.

Simbólicamente, mi concepción del trabajo social con personas y familias (hasta el día de hoy) la represento de la manera siguiente: A + AA + AP + PAC + RAA + EP. Que significa: Ayudar a AutoAyudarse, Acompañando en el Proceso, Proponiendo Alternativas de Cambio si son necesarias, sobre la base de la Relación de Ayuda Acordada, y de los principios de la Ética Profesional.

Mi conceptualización de la visita domiciliaria en trabajo social, contempla las siguiente variables:

1. Entiendo que la visita domiciliaria, es sobre todo, un encuentro humano relacional, que se quiere significativo para los intervinientes (visitante-visitado/s), y que se articula en base a la relación de ayuda, y a partir de una comunicación dialógica.
2. Considero que la visita domiciliaria es una técnica del trabajo social, que a su vez contiene otras técnicas que la desarrollan, conformándose como una “técnica de técnicas”, y donde la entrevista y la observación participante tienen un especial protagonismo, sin menosprecio de otras técnicas posibles de aplicar.
3. Para mi, la visita domiciliaria, es un acto profesional, intencional, lícito, aceptado, positivo, acordado, y especialmente ético.

4. Considero, que la principal especificidad de la visita domiciliaria en trabajo social, es su enfoque o mirada integral desde una perspectiva psicosocial.
5. Entiendo, la visita desde la complejidad: de la intervención, de las propias dinámicas personales, familiares y sociales.
6. Considero, que la visita, ayuda a establecer contacto con la vida cotidiana de los/as usuarios/familias, permitiendo al trabajador/a social, vivir esa cotidianidad temporalmente, apreciarla y problematizarla.
7. Considero, que la visita, está especialmente orientada a la comprensión de los casos, y la intervención con los mismos en sentido amplio (terapéutica, preventiva, empoderadora, promocional...), no circunscribiéndola en modo alguno, solo a la evaluación y diagnóstico en contextos asistenciales.
8. Considero, que la visita es una forma de intervención, que contempla el espacio doméstico, como un escenario privilegiado para la comprensión y la intervención, a la vez que considerarlo como un recurso en si mismo, por cuanto es, en éste (espacio), donde se produce la trama de la dinámica familiar, y donde se articulan y consolidan sus cambios.

1. 4. LA RELACIÓN DE AYUDA EN LA VISITA DOMICILIARIA

Tras la denominación preprofesional de “*visitadoras amigables*” se podría entender la importancia que tiene para la incipiente profesión, tanto la *visita* como la *relación*. En esta denominación (*visitadoras amigables*), se aprecia el ya mencionado protagonismo de la visita en la intervención de las antecesoras y pioneras del trabajo social; y de otro lado, la predisposición a una relación especial y espacial. La dimensión *amigable* podría entenderse como los antecedentes de la después denominada relación de ayuda (Rogers, 1986) o relación asistencial (Salzberger-Wittenberg, 1997).

M. Richmond (1969) en su primer libro, *Friendly visiting among the poor* (cuya primera edición data de 1899), al hablar de visitantes amistosos o visitadoras amigables, dice que éstas necesitan tener “buena voluntad” y “un poco de tacto” (p.14) para hacer un buen trabajo entre los pobres. En este libro, que es previo a la disciplina, se aprecia que esa dimensión amigable pretende ser un instrumento más al servicio del trabajo con los pobres y no solo la mera ayuda material o económica de caridad.

Richmond (1969) señala: “...pero la simpatía que los pobres necesitan y todos nosotros necesitamos es la simpatía que nos hace sentir más fuerte, la simpatía que se aleja del sentimentalismo” (p.71), el “tacto es necesario aquí para evitar herir los sentimientos de nuestros pobres amigos” (p.69). Parece que tras el término simpatía, se trasluce la idea de empatía, concepto que fue acuñado posteriormente en 1909. La autora aspira a perfeccionar técnicamente la dimensión relacional, ya que en ese momento (preprofesional) aun presenta similitudes con la amistad socialmente entendida, en tanto que las visitadoras eran mujeres voluntarias sin demasiada preparación técnica en la relación de ayuda.

Si en el apartado de la *visita social* hablábamos de la relación de familiaridad, amistad y vecindad entre las personas que se da en los contextos naturales, ahora vamos hablar de otro tipo de relación, la que se establece entre profesional-cliente (trabajador/a social y usuario/familia) que se da en los contextos profesionales: *la relación profesional* o *relación terapéutica*, ésta, es diferente a otros tipos de relaciones interpersonales que también pueden estar orientadas al apoyo y a la ayuda.

La relación profesional es un medio y no un fin en sí misma, puesto que su propósito es la solución del problema de una de las partes y no la satisfacción mutua de ambas como ocurre en las relaciones sociales. Esta característica es la que hace particularmente distinta de las relaciones que establecemos a lo largo de nuestra vida. En nuestras relaciones personales recibimos contrapartidas en forma de afecto, unión, gratificación... de la otra/s persona/s. En cambio, en la relación profesional, la relación la ponemos al servicio del cambio.

Yáñez (1999) entiende que la relación terapéutica es distinta a las demás por tener un carácter de unilateralidad centradas en el paciente, por tener una formalidad limitadas en tiempo y lugar, y por una duración temporal limitada a la duración de la terapia. Por su parte Kanfer y Goldstein (1986) describen cuatro características que diferencian las relaciones terapéuticas de las de amistad: 1. Las relaciones terapéuticas son unilaterales debido a que se centran en el cliente y en la resolución de los problemas del éste. En este sentido, los problemas personales, los acontecimientos privados, las preocupaciones y los deseos del profesional, se dejan deliberadamente a un lado. 2. La relación profesional es sistemática en la medida en que los participantes acuerdan desde el principio los propósitos y objetivos de su interacción, y el profesional planea y pone en marcha los procedimientos que conducen a la solución de los problemas de su cliente. 3. Las relaciones terapéuticas son formales, dado que la interacción está

limitada a tiempos y lugares concretos. Así, el terapeuta no tiene otros roles, obligaciones o responsabilidades que aquellas definidas en el contrato terapéutico. Sin embargo, a veces el profesional puede crear intencionadamente una atmósfera informal.

4. Las relaciones terapéuticas tienen un tiempo limitado. Termina cuando se alcanzan los objetivos y metas inicialmente acordados. La terminación se considera siempre el resultado final de la interacción y puede basarse en un acuerdo mutuo o en las iniciativas del profesional o del cliente.

¿Por qué es necesario hablar de la relación profesional al hablar de la visita domiciliaria?, ¿En que puede ayudar o dificultar la visita domiciliaria en el establecimiento y mantenimiento de la relación profesional?. Sobre estas y otras cuestiones se intentará reflexionar en este apartado de la tesis. Lo que pretendo en este punto, es poner en valor al escenario doméstico como lugar no solo posible, sino privilegiado para promover, establecer, mantener y potenciar la relación profesional. La relación parece anclada a los despachos donde el profesional cita y trabaja con los casos, y no se contempla de forma explícita las posibilidades que ofrecen otros escenarios. El domicilio puede ser idóneo en buena parte de los casos para potenciar el crecimiento a través de la relación¹⁰.

Inicialmente voy a recurrir al concepto *relación profesional* como expresión genérica de la relación trabajador/a social y usuario/familia, sin embargo, tras una aproximación teórica empleando el concepto alianza terapéutica, me referiré de una manera más precisa a la *relación de ayuda*, por ser este último, la denominación más frecuente, y en mi caso, el marco teórico (no el único) que inspira mi visión del trabajo social desde el modelo humanista.

¹⁰ Promover el crecimiento del otro a través de la relación, es el fin último de la Relación de Ayuda.

La relación es el elemento esencial, “*el alma*” como señala Biestek (1961, p.43), o el “principal instrumento o el vehículo” según Escartín, Palomar y Suárez (1997, p. 66) en la práctica del trabajo social. Se podría incluso llegar a decir, que sin esta relación no hay trabajo social, al menos en esa faceta de la profesión que precisa del contacto humano directo. Es necesario el establecimiento del vínculo, en el que ambas partes se reconozcan desde sus capacidades, conocimientos y experiencias, donde trabajador/a social es experto en la atención sociofamiliar, y la familia es quien más sabe de si misma.

Desde esta perspectiva, si el ejercicio del trabajo social precisa de esta relación particular, y si desde siempre los/as trabajadores/as sociales han realizado visitas, en cierto modo, alguna contribución y relevancia tendrá ésta en la construcción de la relación.

Pero con la sola predisposición del/la trabajador/a social para el establecimiento del vínculo no es suficiente, se hace preciso contemplar otros actores. El/la usuario/familia es el actor protagonista, y junto a el/ella, también está el contexto que da lugar al encuentro, este último condiciona notablemente el tipo de vínculo que se establece. La institución desde donde opera el/la trabajador/a social y la demanda que formula el caso, son el marco (contexto) básico donde se establece el contacto, y marcarán la futura relación profesional. Hay contextos con reglas más favorecedores para el encuentro, y otros más limitantes, como en todas las relaciones humanas en general, el marco donde se interactúa facilita o dificulta la relación.

Los grandes desarrollos teóricos y prácticos acerca de la relación profesional se sitúan en contextos clínicos de intervención. Sin embargo, muchos de esos aportes es posible proyectarlos a los llamados contextos psicosociales (no clínicos), y en nuestro caso a la intervención psicosocial domiciliaria. Como veremos el concepto de *relación*

de ayuda (que antes aludía) proviene del enfoque humanista y existencial, tomando como especial referente a Carl Rogers. Si bien, la importancia de la relación entre profesional-cliente es estudiado desde otros marcos teóricos recibiendo otras denominaciones: *alianza terapéutica, relación terapéutica, relación de ayuda, lazo afectivo, la relación positiva, relación de trabajo, unión y acomodación, vínculo o vínculo fuerte, nexo terapéutico, adherencia terapéutica, relación profesional, etc.*

También los actores son nominados de formas diversas según los enfoques teóricos y los contextos: terapeuta-paciente, profesional-cliente, counselor-paciente, ayudador-ayudado, etc. En este documento emplearé los conceptos *trabajador/a social-usuario/familia* o *trabajador/a social-caso* por ser una de las la denominación más frecuente que se emplea en trabajo social.

1. 4. 1. La importancia de la relación.

A día de hoy, todas las disciplinas sociales entiende que la relación entre cliente y el terapeuta (trabajador/a social y usuario/familia) es un aspecto clave en el proceso de ayuda, y dependiendo de ella (relación), los resultados de la intervención serán más o menos fructíferos. Existe un consenso general de que una parte importante del “éxito” de un tratamiento depende de la relación profesional-paciente.

Friedlander, Escudero y Heatherington (2009), consideran que una adecuada alianza terapéutica entre el terapeuta y el paciente, es un predictor significativo del éxito del resultado de la intervención. Por su parte Kleinke (1995) en su libro sobre *Principios comunes en psicoterapia* abunda en la línea de que el éxito y efectividad de un tratamiento depende en buena medida de una buena relación terapéutica, para ello hace referencia a investigaciones empíricas que lo avalan como Saltzman (1976);

Waterhouse & Strupp (1984); Orlinsky & Howard (1986); Luborsky, Barber & Crits-Christoph (1990) citado por Kleinke (1995). Por su parte Frank (1982:) citado por Berrios (1999) afirma que “la relación paciente-terapeuta es el fundamento de toda terapia” (p.17), siendo fundamental crear ese vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Kleinke(1995) y Horvat (2001) plantean que en la psicoterapia, la relación es lo que cura.

Las razones que explican la importancia de la relación fueron planteadas desde hace largo tiempo. Comier y Comier (1994) señalaban que la relación era el principal instrumento para que aflorara información significativa, que era necesaria para que se produzcan cambios; también la consideraban importante por ser el impulso que proporciona para que la estrategia de intervención produzca cambios. Para Phares (1999), en razón a que el proceso terapéutico es activo y dinámico, los factores como: la naturaleza del otro, el propio terapeuta y la interacción terapéutica, afecta a la terapia de manera importante, trascendiendo el modo específico de terapia que se usa.

La relación se la ha reconocido, no como un mero factor interviniente, sino la como responsable del resultado que persigue la psico-terapia, y en nuestro caso intervención psicosocial. No todas las perspectivas teóricas la sitúan como el agente curativo primordial, aunque si hay consenso entorno a su gran importancia, como ya se ha indicado. Se puede decir que en los enfoques humanistas y existenciales es donde adquiere un especial protagonismo, siendo considerada la pieza clave de las psico-terapias, así Rogers (1951) la sitúa como un aspecto central. Según Friedman (1985), Watson y Greenberg (1988) (citados por Corbella y Botella (2003) para los humanistas y experienciales, a diferencia de los psicoanalíticos y conductuales consideran fundamental los factores relacionales entendiendo que estos en si mismo son elementos curativos y no un mero aspecto circunstancial de la intervención. Los terapeutas

gestálticos también coinciden en destacar de manera abierta la importancia de lo genuino, lo directo y lo mutuo en la relación terapéutica. Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) señalan que incluso los terapeutas de orientación comportamental y/o cognitivo conductual, tradicionalmente que estaban más interesados en los mecanismos de cambio que en la relación terapéutica, entienden que la alianza tiene una importancia fundamental para tener buenos resultados.

Además otros autores como Rogers (1972); Patterson (1977); Safran y Segal (1994); Phares, (1999) destacan el protagonismo y la responsabilidad del profesional en intentar conseguir una adecuada relación, intentando favorecer una colaboración real, sobre la base de sentimiento de simpatía, confianza y respeto, desde la empatía, la tolerancia, aceptación, no crítica, comprensión e incondicionalidad.

1. 4. 2. Alianza terapéutica - relación de ayuda.

Como ya hemos mencionado, son varias las denominaciones que se emplean al referirse a la relación profesional-caso, los significados son similares aunque los bases teóricas, los autores y sobre todo el protagonismo que adquiere ésta en la intervención son diferentes. En los contextos clínicos de terapia y psicoterapia, la expresión más frecuente es el de *alianza terapéutica*, la cual vamos a desarrollar a continuación. En el trabajo social también se emplea, aunque la expresión *relación de ayuda* es la más recurrente, inspirados los principios de: creer en la persona y en su capacidad de enfrentar las situaciones, y en la relación como motor de crecimiento y de cambio. Estos principios fundacionales del trabajo social se ensamblan con el modelo humanista antes señalados.

1. 4. 2.1. Alianza terapéutica.

La alianza terapéutica es un concepto que se desarrolla a partir de la psicoterapia. Ha sido empleado desde distintas teorías, enfoques y autores/as, para explicar una forma particular de relación que se establece entre profesional y cliente. Para Weinberg (1996) es la relación entre terapeuta y paciente en el proceso psicoterapéutico, en donde ambos trabajan juntos en armonía. Para Zetzel (1956) es entendida como algo más que una mera relación, es una alianza que se gesta entre ambos actores de proceso terapéutico. Para Horvath y Symonds (1991), la alianza terapéutica recoge el elemento colaborador de la relación terapeuta-paciente y toma en cuenta las capacidades de ambos para negociar un contrato adecuado para la terapia.

La relación terapéutica tiene ciertas características propias, diferentes a otras formas de relación social, tiene un componente instrumental que emplea el profesional intencionalmente bajo objetivos acordados con el cliente, conlleva costes (práctica privada) y los roles de las partes (profesional/cliente) están diferenciados. Se caracteriza por ser una relación de carácter profesional, donde el psico-terapeuta se interesa genuinamente por el paciente pero no forma parte de sus relaciones interpersonales cotidianas.

No hay claridad sobre cuando y quien introdujo el concepto de alianza terapéutica, si parece más claro que surge desde la teoría psicoanalítica. Según apuntan Hovarth y Luborsky (1993) en su artículo *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*, parece que fue Richard Sterba en 1934 en su trabajo *El destino del yo en la terapia analítica* quien lo introdujo por primera vez. También Elizabeth Zetzel es considerada precursora del concepto al entender que era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones del terapeuta. Según Corbella y Botella (2003) fue también Greenson

(1965, 1967) quien propone el concepto *alianza de trabajo* para definir la relación racional y relativamente no neurótica que el paciente tiene con el analista sobre la base del encuadre; sostiene que este tipo de relación es de transferencia racional, desexualizado y desagresivizado.

El mismo Freud destacó la importancia de la relación terapéutica en el desarrollo del proceso de análisis, y se centró en los conceptos de transferencia y resistencia. Freud (1976) en su *escrito La Dinámica de la transferencia* planteó que el primer objetivo del tratamiento es desarrollar el vínculo entre el analista y el paciente, propiciando el primero interés y actitud comprensiva hacia el segundo, favoreciendo que el paciente estableciera una relación positiva y disipando las resistencias.

Para Bolwby (1998) y Horwitz (1974) es una nueva relación de objeto donde el paciente desarrolla su capacidad de formar una relación positiva con el terapeuta. Y Hovarth y Luborsky (1993), señalan que la relaciones sociales previas no resueltas del paciente, pueden distorsionar la relación terapéutica. Corbella y Botella (2003) citando a Mitchell (1997) apuntan una perspectiva más relacional contemporánea significando que la participación y subjetividad del terapeuta resultan de gran relevancia, así la neutralidad y abstinencia clásica del psicoanálisis clásico, ha dado paso a una mayor inclusión de la interacción, espontaneidad y autenticidad.

Tomo con especial interés en la perspectiva acerca de la relación profesional que se tiene desde la mirada sistémica por ser, junto con el modelo humanista, otros de los pilares teóricos desde donde concibo el trabajador/a social, y que además inspira esta tesis.

Desde el modelo sistémico, cuyos principales desarrollos se encuentran en la terapia familiar en distintas escuelas, principalmente el Mental Research Institute, y las escuelas estructural, estratégica y de Milán. Señalar por adelantado que en la

construcción de las bases de la terapia familiar sistémica, ha habido grandes aportes de trabajadores/as sociales de prestigio (Virginia Satir, Peggy Papp, Olga Silverstein, Michael White, etc.). Desde esta perspectiva, nos encontramos que la relación terapéutica se basan en la idea omnicaridad o multicaridad y neutralidad. El terapeuta tiene que realizar un esfuerzo para estar de parte de todo el sistema familiar, establece (o intenta) el vínculo con todos los miembros de la familia presente, independientemente de sus conductas, y evita triangularse o coaligarse con algunos en contra de otros. También evita juicios y culpabilizaciones, y entiende que todos los miembros tienen que ver en la forma disfuncional que se han dado de relacionarse. Busca la colaboración de todos mediante acciones de unión y acomodación lo que Minuchin (1997) denomina *joining*, favoreciendo una relación calidad y empática procurando que todos se sientan entendidos y aceptados en su experiencia. Se procura establecer una sólida confianza y unas reglas de la relación e intervención (setting) que permitan una intervención que desafíe los equilibrios disfuncionales de la familia y de las reglas familiares que lo sostienen. Se manifiesta flexible en las creencias propias, creativo en la formulación de hipótesis explicativas de lo que ocurre a la familia, no expone certezas sino visiones alternativas, y se interesa por comprender la lógica interna del sistema familiar.

Finalizo esta revisión teórica sobre la relación señalando la *concepción transteórica* de la alianza terapéutica de Bordin (1979). Como he señalado, cada enfoque teórico tiene una perspectiva propia o matizada respecto a otros enfoques acerca de la alianza terapéutica, en 1975 plantea una reformulación del concepto de alianza terapéutica incluyendo características comunes de distintas escuelas psicoterapéuticas, plantea un marco de referencia dentro del cual pueden describirse diversos tipos de terapia sin sufrir modificaciones, y siendo posible su comparación entre sí (Arredondo y

Salinas, 2005). Su visión pretende superar la visión dicotómica de las relación-técnica y terapeuta-paciente aceptando una interdependencia para el desarrollo positivo. De alguna manera plantea una conceptualización de alianza terapéutica con la que las principales escuelas se sientan identificadas apoyando la idea de que los diferentes logros radican en la fuerza del vínculo. Para ello plantea como elementos esenciales: que la alianza terapéutica se centra en el *aquí y ahora*, no sin dejar de considerar que esta relación del presente puede tener influencia de experiencias pasadas tanto del terapeuta como del paciente. También contempla la idea de acuerdos y colaboración sobre la base de una unión positiva entre terapeuta paciente. Plantea tres elementos constitutivos: El vínculo que implica la compleja red de conexiones que incluye la confianza y la aceptación. Las tareas como acciones específicas, relevantes, eficaces y aceptadas que el paciente requiere realizar para beneficiarse del tratamiento. Las metas, entendidos como los objetivos generales hacia donde se dirige la terapia. Para este autor el método es importante pero sobre todo el esfuerzo colaborativo como aportación significativa para la efectividad.

1. 4. 2. 2. La relación de ayuda.

En el trabajo social hay una tradición importante en lo que respecta a la relación trabajador/a social y usuario/familia. Como en otras disciplinas, encontramos distintas denominaciones según autores y tendencias teóricas: *relaciones en el casework* de Perlman (1974) y Biestek (1966), *relación profesional* en Bray y Tuerlinckx (1973), *relación de trabajo* en Du Ranquet(1996) , *relación asistencial* de Salberger-Wittenberg(1997). Tampoco hay una definición única, Escartín (1997) apunta que “la relación de ayuda es más fácil describirla que definirla” (p.69). Entre las definiciones dadas señalamos que para Biestek (1966) la relación es “como el alma del Trabajo

Social de casos en tanto que la consideró como el factor más importante en la promoción del desarrollo de la personalidad” (p.43). Escartín (1997) considera que “La relación es el principal instrumento del trabajo social de casos o individualizado. Es el vehículo fundamental para la ayuda” (p.66)

Otros autores la definen como:

Un catalizador, un dinamismo capacitador en el apoyo, crecimiento y liberación de las energías de las personas y de sus motivación hacia una solución del problema y el uso de la ayuda. Una buena relación de ayuda propiamente dicha es la que provee estímulos y crecimiento, respeta y alimenta la individualidad del otro,... proporciona un sentimiento de seguridad y de identidad. (Perlman, 1978, p. 2)

La relación de ayuda puede ser concebida como la cualidad cohesiva de un sistema de acción; como el producto de la interacción entre dos personas, siendo un término y un hecho de considerable importancia en la práctica del trabajo social de casos. (Escartín, Suárez y Palomar, 1992, p. 43)

Es la forma de interacción dinámica que se establece entre el trabajador/a social y la persona usuaria de un servicio social o participante de un programa de acción social. En la relación de ayuda hay que evitar sermones y aplazar todo consejo que el otro no pueda aprovechar. Se ha de expresar al otro/s pensamientos positivos y esperanzadores y ayudarles en los intentos y esfuerzos por encontrar solución a sus problemas. (Ander Egg, 2009, p. 297)

Levenstein (1964) (citado por Shertzer y Stone, 1986) en su libro “*Manual de asesoramiento psicológico*”, señala que si bien las deficiencias del sistema social generan problemas y éste requiere modificaciones, hay una parte en la reacción del individuo a la adversidad del ambiente que podía liberar las fuerzas psicológicas que le impedían hacer el mejor uso de sí mismo. Este cambio trajo también el interés por el reconocimiento de la ayuda que el asistente de casos podría prestar al cliente, y que requería de una relación especial entre ambos, de tal manera que:

el primero no se limitaría ya a administrar la distribución de los bienes de la institución para la que trabajaba; el organismo proporcionaba un servicio en la forma de un profesional idóneo con el cual el cliente podía entrar en una relación que le permitiera liberar su propia capacidad de ayudarse a sí mismo. (p.30)

Esto es un elemento clave y trascendente para el trabajo social, primar la relación y creer que ella es un enorme recurso en si misma.

Como ocurre en otras disciplinas, hay una tendencia a situar la *relación* más en el plano individual que en el plano familiar, en línea con la propia inercia al trabajo social individualizado. Si establecer este tipo relación tan especial entre el trabajador social y el usuario individualmente considerado es un reto, no podemos obviar la dificultad añadida que comporta establecerla con toda la familia. Es necesario un entrenamiento minucioso que permita crear ese clima especial, ese *ambiente terapéutico* como señalaría Gordon Hamilton (1987). Vincular con cada uno y con el sistema en su conjunto, estar atentos a las expresiones emocionales, al problema, a las dinámicas de la familia, a la conducción del encuentro... todo un complejo proceso que requiere conocimiento y competencia profesional y no sólo una mera intención de ayudar. En términos generales, los/as trabajadores/as sociales se caracterizan por la habilidad para vincularse con los casos, se podría valorar como uno de los puntos fuertes.

Como ya hemos apuntado, el gran teórico de la relación de ayuda es Carl Rogers, siendo su obra muy conocida. También adquiere relevancia su discípulo Robert Carkhuff, con el cual les termina separado sus posiciones acerca de la directividad/no-directividad, ambos grandes referentes en la construcción del modelo humanista de intervención (Giordani, 1997). Quizás la forma más conocida de práctica de este enfoque es a través del *counseling* (Diestrich, 1989)

Rogers (1986) define la relación de ayuda como:

...aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una de ellas o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos. (p.46)

Para Rogers (1986) se trata de un tipo de relación que intenta promover en el otro, el crecimiento, del desarrollo, la maduración, la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada.

Para Madrid (1986) en su libro *El proceso de relación de ayuda*:

La idea fundamental que subyace a todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda relación de ayuda debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus conflictos. Esta es una experiencia humana privilegiada que ofrece el marco adecuado para facilitar el desarrollo de las capacidades bloqueadas. (p.195 y 196)

Carkhuff (1979) afirma que:

Ayudar es el acto de promover en una persona un cambio constructivo en el comportamiento. Se trata de aumentar la dimensión afectiva de la vida individual y de hacer posible un mayor grado de control personal en la actividad a desarrollar. (p.69)

Shertzer y Stone (1968) (citados por Salas, 2012) afirman que:

El objeto de la relación de ayuda es el cambio. Al finalizar la relación, el individuo no es el mismo que antes de entablarla. Ya no sufre tanto; no está tan indefenso; se conoce mejor así mismo; se comporta de modo más satisfactorio; se convierte en una persona mejor. El cambio interno y externo se manifiesta en las actitudes, las acciones y la manera de percibirse a sí mismo, a los demás y al mundo en general. (p. 217)

Bermejo (1998a, 1998b) en sus libros *Apuntes de Relación de Ayuda y Relación de ayuda, acción social y marginación*, entiende que Rogers parte de la hipótesis de que si puede crear un tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí misma la capacidad de utilizarla para su propia maduración, y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual. Evidentemente en este enfoque se parte de la concepción humanista de creer en las potencialidades que todo ser humano posee. Rogers se distinguirá por unos planteamientos teóricos sobre la relación de ayuda escasamente

directivos, posteriormente su discípulo Carkhuff optará por una mayor directividad al reforzar la persona del ayudado pero sin salirse de modelo humanista.

La relación terapéutica en el modelo humanista ocupa un lugar central y predominante. Según Feixas y Miró (1993), en el modelo humanista el valor principal lo tiene la experiencia y los significados atribuidos a ésta, por encima de las conductas manifiestas y explicaciones teóricas. Rogers (1957), sostenía que lo esencial de la psicoterapia es la calidad emocional de la relación terapéutica y sostuvo que el elemento más importante para su mantenimiento es la calidad del encuentro interpersonal con el cliente. El contacto terapéutico por si mismo puede ser una experiencia de crecimiento. Junto con ello, las cualidades de terapeuta es un aspecto exigente para llevar a buen término la terapia desde este enfoque, así Rogers (citado por Gondra, 1981), estableció en un primer plano las actitudes internas del terapeuta para establecer una relación auténtica, por encima de las conductas específicas del mismo.

1. 4. 2. 2. 1. Características de la relación de ayuda.

A continuación vamos a detallar las características principales de la relación de ayuda para luego observarlas desde la perspectiva de la visita domiciliaria. Siguiendo con Rogers (1957: 69-70), éste expone en el artículo *Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de la personalidad* las claves para relación terapéutica son: 1. Que haya dos personas en contacto psicológico. 2. Que la primera, el *cliente* se encuentre en estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia. 3. Que la segunda persona, el *terapeuta* sea congruente o integrada en la relación. 4. Que el terapeuta sienta una consideración positiva incondicional hacia el cliente. 5. Que el terapeuta experimente una comprensión empática del marco de referencia interno del cliente y trate de comunicarle su experiencia. 6. Que la comunicación al cliente de la

comprensión empática y la consideración positiva incondicional del terapeuta se logre en un grado al menos mínimo.

Para Kleinke (1998) el poder de la relación terapéutica incluye tres ingredientes fundamentales: *autenticidad, empatía y aceptación positiva incondicional*. Para Rogers (1972), la *autenticidad* implica sinceridad, transparencia o autenticidad personal. El terapeuta debe tener presentes sus propios sentimientos, y no ofrecer una fachada externa. La *aceptación positiva incondicional*: Rogers (1972) la define como el:

cálido respeto hacia él como persona de mérito propio e incondicional, es decir, como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos. (p.41)

El terapeuta debe sentir un interés positivo por el cliente que implica aceptar todos los sentimientos positivos, negativos y ambivalentes del cliente, no se trata de aceptar sus conductas y actitudes, sino a la persona como tal, no sus acciones. Giordani (1997, p.89) señala que Rogers evolución en el concepto de aceptación incondicional, inicialmente la denominó “*aceptación positiva*”, para luego llamarla “*consideración positiva incondicional*” para evitar equívocos.

De otra parte está la *comprensión empática*, se refiere a (Rogers, 1972):

cuando el terapeuta logra percibir los sentimientos y significados personales que el cliente experimenta en cada momento, cuando puede percibirlos desde adentro tal como se le aparecen al cliente y es capaz de comunicar a este último parte de esa comprensión. (p.65)

En la misma línea Payne (2001) en su libro *Teorías contemporáneas del trabajo social* resalta que para que la terapia sea exitosa es necesario que el ayudado perciba en el trabajador/a social: Que son sinceros y congruentes en sus relaciones terapéuticas; que tienen un interés positivo e incondicional hacia el ayudado; que empatizan con los puntos de vista que los clientes tienen del mundo. Para Shertzer y Stone (1986: 25 a 29)

en su ya clásico *Manual para el asesoramiento psicológico (counseling)*, siguiendo a Rogers señalan que la relación de ayuda tiene las siguientes características: 1. La relación de ayuda tiene sentido, porque es personal e íntima y guarda relación con la situación a cambiar. 2. En la relación de ayuda se expresa afecto. 3. En la relación de ayuda se manifiesta la persona total. Las dos partes, deben mostrarse mutuamente honestas, intelectual y emocionalmente. 4. La relación de ayuda tiene lugar por consentimiento mutuo de los individuos participantes. 5. La relación tiene lugar porque el individuo que va a ser ayudado necesita información, consejo, ayuda, comprensión y/o tratamiento por parte del otro. El que busca ayuda lo hace porque carece del conocimiento o los recursos necesarios, porque está angustiado, o se siente incapaz, ansioso y sin fuerzas. Quien presta la ayuda lo hace porque posee algún conocimiento o destreza especiales y/o la confianza que el otro deposita en él. 6. La relación de ayuda se lleva a cabo mediante comunicación e interacción. 7. La relación de ayuda es una situación estructurada. El ordenamiento funcional que orientará la relación comienza cuando se reúnen la persona que ayuda y la que será ayudada. La estructura permite que la relación se desarrolle y dé frutos. En realidad, la responsabilidad por la estructura es recíproca. 8.- El esfuerzo cooperativo es lo que caracteriza la relación de ayuda. Supone que las dos partes trabajan juntas para llegar a la meta. 9. La persona que ayuda es accesible y se muestra segura. Acepta a los demás y se mantiene estable. 10. El objeto de la relación es el cambio. Ambos aprenden el uno del otro y la experiencia da como resultado el cambio.

Desde el trabajo social, Escartín (1992) siguiendo a Johnson (1987), y Compton y Galaway (1984), señala los componentes de la relación de ayuda: 1. Preocupación por los otros. Una actitud que refleja calor, apoyo e interés por el cliente. Se le comunica un deseo real de comprenderlo en su situación. 2. Compromiso y obligación. Consiste en

un sentido de responsabilidad por la relación de ayuda. 3. Aceptación. Supone una actitud de no juzgar, ausente de crítica por parte del trabajador social, así como una confianza realista en el cliente y respeto por sus sentimientos. Consiste en creer que el cliente puede manejar por sí mismo sus propios problemas y tomar sus decisiones. 4. Empatía. La habilidad para comunicar al cliente que el trabajador social se preocupa por él y está escuchando sus percepciones y comprendiendo sus sentimientos. 5. Comunicación clara. Ausente en lo posible de interferencias. 6. Autenticidad. Consiste en la honestidad del trabajador social acerca de sí mismo y de sus propios sentimientos. Supone habilidad para separar sus problemas y sentimientos de los de su cliente. . la honestidad por parte del trabajador social permite al cliente llegar a ser lo que quiere ser. Esto está presente cuando la comunicación del trabajador social es comprensible y confortable para el cliente. 7. Autoridad y poder. La creencia de que el cliente trabajará para resolver sus problemas; esta creencia estimula al cliente por el hecho de pensar que es él el que tiene la autoridad y el poder para resolver sus situaciones, pero también los conocimientos y habilidades del trabajador social tienen una base de autoridad y de poder. 8. Propósito. La relación de ayuda tiene un propósito conocido y aceptado por ambas partes.

Para Rogers (1957), el que se den estos elementos por parte de terapeuta/trabajador/a social es necesario pero no suficiente, el progreso terapéutico dependerá que el cliente perciba de algún modo, aunque sea mínimo la empatía, la aceptación... que el terapeuta siente, es decir, no solo mostrar actitudes sino conseguir que el cliente las perciba. Esto además lleva aparejado que el propio terapeuta tome más conciencia de sí, apreciando sus propios sentimientos y vivencias.

El enfoque rogeriano centrado en la relación terapéutica sirvió para cuestionar el protagonismo otorgado a las técnicas y repensar el papel del terapeuta y de la relación

en el progreso y efecto positivo de la terapia. Para Rogers (1957) la calidad del encuentro importa más que el empleo de técnicas, erudición, asesoría, formación... El cliente experimentará más sentimientos de seguridad en la medida percibe que sus actitudes son comprendidas y aceptadas por el terapeuta (no necesariamente sus conductas y acciones). Esta relación segura permite explorar los significados, y permite que el cliente pueda explorar y percibir por primera vez el significado de ciertos aspectos de su conducta. A su vez, esta nueva percepción de sí mismo puede ser perturbadora y generadora de ansiedad para el paciente, sin embargo, al ver y sentir al terapeuta como un Yo aceptador, el cliente experimenta una actitud similar consigo mismo, aceptándose como una persona que puede experimentar sentimientos tanto hostiles como de otro tipo, sin sentir culpa e integrarlos como partes de sí mismo (Rogers, 1957).

No obstante, las condiciones necesarias para el modelo rogeriano encontraron limitaciones para hacerlas extensibles a otras formas de psicoterapia. Según Salvo (2002) algunas investigaciones han concluido que éstas son necesarias pero no suficientes, dado que no se puede sostener que los factores inespecíficos, como la capacidad de ser empático y auténtico, actúen independientemente de los específicos, entendiendo por ellos a las técnicas.

1. 4. 3. Relación de ayuda y visita domiciliaria.

¿La visita es idónea para establecer la relación?, ¿Le agrega algún valor la visita domiciliaria a la relación de ayuda?, ¿En que puede ayudar o dificultar la visita a la relación de ayuda?, ¿En todos los casos visitar contribuye a la relación de ayuda?. Este centra la reflexión entorno a estos cuestionamientos, intentado visualizar la intervención

con los casos desde la relación de ayuda en el espacio doméstico a través de la visita domiciliaria. Repasaremos los elementos esenciales de la relación de ayuda antes señalados, incorporándoles aportaciones desde la perspectiva de la intervención domiciliaria:

- El espacio es importante en la relación, y en algunos casos es clave:

Si el elemento más diferencial de la visita domiciliaria es el escenario donde esta se produce, veamos que incidencia puede tener el espacio en la relación. Como se apuntaba anteriormente, la relación es un factor clave de la que pueden depender mayores o menores alcances en la intervención. La relación entre trabajador/a social y usuario/familia es de suma importancia y la intervención en el domicilio puede tener especial protagonismo a la hora de establecer, reforzar, o limitar dicha relación. Incorporarle a los distintos encuentros entre trabajador/a social-usuario/familia, el escenario del domicilio, puede atribuirle una significación especial y diferente a la experiencia del despacho. Se podría señalar que en esta situación, el espacio doméstico actuaría de interlocutor y mediador en la relación.

Interlocutor, porque el espacio doméstico “habla” por si mismo, quienes lo habitan se expresan a través del espacio mediante sus objetos, la disposición del espacio y de sus enseres, los colores, las formas... El espacio doméstico interactúa con el conviviente y con el visitante, emite mensajes, influye, condiciona, adquiere voz propia, se hace valer y se hace presente en la visita y en la relación. El espacio doméstico tiene una narrativa propia, dado que esta tesis se centra específicamente en la visita domiciliaria, no he incorporado desarrollos respecto al análisis del espacio doméstico, aunque parte de los mismos están en varios artículos que se adjuntan en documento anejo.

Maturana (2009) señala que somos en el “lenguajear” (p.149), y podríamos añadirle que también *somos en el espacio*, en tanto que el espacio habitado (doméstico en este caso) es lenguaje, es comunicación, y no podemos salir de la comunicación cuando nos comunicamos, y además *somos en el (espacio)*, en tanto que el espacio nos construye, nos aporta identidad, nos emociona, acoge y contiene.

El espacio se expresa como un todo, en la medida que muestra no solo a cada uno de los habitantes, sino a la relación que entre ellos se tejen, y al grupo social y a la cultura a la que pertenecen. El espacio se hace protagonista en la visita enviando mensajes de alta significación que pueden contribuir en el proceso de relación de ayuda.

De otra parte, el espacio doméstico como espacio social, actúa de *mediador*. Es un espacio privado regulado socialmente para quien lo visita y para quien recibe la visita. Como apuntamos en la *visita social*, las visitas en general se rigen por unas reglas informales de comportamiento que regulan el encuentro (saludos, acogida, hospitalidad...). Pero además las *visitas domiciliarias* en particular, se rigen por unos códigos éticos en lo que respecta al trabajador/a social. Este conjunto de regulaciones articulan el encuentro mediándolo, amortiguando las fricciones que pudieran darse, ritualizando los momentos y articulando las secuencias; de tal manera que si la relación trabajador/a social-usuario/familia no está establecida aun, o es débil, e incluso tensa, los reguladores sociales actúan (no en todos los casos) como mediadores en el encuentro.

Con la visita, le damos a la relación una oportunidad de generarse y/o fortalecerse en un escenario altamente significativo y diferente al despacho. Mucho se ha escrito acerca de la relación de ayuda y de los actores que lo componen (terapeuta-paciente), sin embargo los escenarios donde se producen los encuentros no tienen tanto protagonismo en la literatura científica. De común se ubica este tipo de intervención en

un espacio profesional (despacho). Algunos componentes de la relación de ayuda como la empatía, la escucha activa... son mencionados en escenarios diferentes (hospitales, centros residenciales, escenarios de crisis y emergencia...), sin embargo la relación de ayuda en sentido más amplio, parece estar recluida al despacho del profesional, no identificándose evidencias relativas a su aplicación en el domicilio específicamente.

Entiendo que la casa/hogar, son un lugar privilegiado para tenerlo en cuenta a la hora de trabajar desde esta perspectiva, no como excluyente de otros escenarios, sino como complementario de los mismos. ¿Qué nos llevaría a considerar el espacio doméstico como idóneo para la relación de ayuda?. No se podría decir esto en todos los casos, en ocasiones el clima familiar, la tensión, el malestar hacen “irrespirable” el ambiente e imposibilitan (al menos temporalmente) la intervención domiciliaria, precisando de un espacio externo más “neutral” o no contaminado de la tensión del sistema familiar. Sin embargo, en otros muchos casos, el hogar puede resultar idóneo, ya no solo porque le da la oportunidad al profesional de ver a la familia en su entorno natural, sino por tratarse de un espacio: significativo, personalizado, relacional, emocional y de intimidad.

Buena parte de la identidad personal se la debemos al espacio que habitamos a nivel micro (casa), meso (barrio, ciudad, pueblo) y exosistema (región, país). El hogar pues, es un espacio de identidad. No se trata de cualquier lugar, es un espacio enormemente significativo en tanto que se han vivido momentos importantes del ciclo vital, se han realizado esfuerzos por habitarlo, puede ser el lugar de la seguridad, del calor, de la confianza... y también del malestar, tensión y disgusto. Es un lugar lleno de recuerdos, y un espacio conocido, donde todo lo que ocurre es esperable, aunque no siempre deseable.

Es un lugar donde se tejen las relaciones y donde fluyen las emociones. De común, las tensiones afloran en una parte de la casa, y la resolución o apaciguamiento de las mismas a otra parte; en otros casos, todo se da en el mismo espacio debido a las dimensiones tan reducidas.

Por todo lo anterior, se puede entender que el espacio doméstico es idóneo para trabajar desde la perspectiva de la relación de ayuda, donde la dimensión personal, relacional y emotiva tienen todo el protagonismo; y siempre y cuando se entienda que todos estos aspectos señalados (y otros muchos), son factores positivos y recurso a favor y no en contra de la relación de ayuda.

- *El espacio ayuda a la comprensión empática:*

La visita domiciliaria ayuda a *ponerse en el lugar del otro*, y nunca mejor dicho. *La capacidad de ponerse en el lugar del otro* es la expresión más popularizada que se emplea para explicar la empatía. Para el objeto de esta tesis, esta expresión resulta del todo apropiada para contemplar a la visita esa enorme oportunidad para ponerse en el “lugar” del otro, en su propio hábitat, y no de manera imaginaria sino vivencial. Sería el contacto directo con lo que Bachelar (2000) entiende como lugar de referencia, con su punto aquí, o como su centro del universo.

Rogers y Kinget (1967) explicaban que la comprensión empática se asimila con la capacidad de ponerse verdaderamente en el lugar del otro, de ver el mundo como él lo ve. Sería algo así como entrar en el mundo personal del otro y quedarse tan a gusto como en su propia casa. Esto implica ser sensibles, momento a momento y al cambio de los significados experimentados que fluyen en la otra persona (Rogers, 1975).

Aunque los autores no las quiera señalar en ese sentido, la metáfora espacial que emplean (lugar del otro, en su propia casa), resultaría de nuevo del todo explicativa de lo que aporta visita domiciliaria a la comprensión empática visitando el lugar.

Por su parte Bermejo (1998a:) señala que ayudaría a empatizar si se hace el esfuerzo de “entrar en el mundo del otro” (p.27). Una nueva metáfora que ayuda a contemplar la visita como instrumento que potencie la empatía no solo para contemplar el mundo emotivo y cognitivo del otro, sino también el físico y vivencial. El contacto con el propio entorno de la persona/familia atendida nos puede proporcionar un plus de empatía, una condición inmejorable de ponernos por un momento en el lugar del otro, y pisar el lugar que habitan, sería algo más que ponernos sus zapatos, sino también pisar su mismo suelo.

Visitar nos ayuda a empatizar al contactar con el *modus vivendi*, nos aproxima a su realidad, y nos permitiría, momentáneamente, sentir como ellos sienten. Se emplea con frecuencia también la expresión *ver las cosas desde el punto desde su punto de vista*, o *ver el mundo como él lo ve*. Cuando visitamos cambiamos nuestro puesto de observación y modificamos nuestro ángulo de visión, tanto metafóricamente hablando, como físicamente. Salimos de nuestro punto referencial y nos acercamos al punto referencial del otro; reducimos la distancia física mediante un movimiento físico y a la vez simbólico de *ir a...* contribuyendo con ello, no solo a sentir su mundo, sino a la oportunidad de ver las cosas desde el punto de vista con las que el otro/s las ve.

De otra parte, la visita potencia la oportunidad de la comprensión empática *in situ* de una manera más ajustada sobre la base de los estímulos y percepciones concretos del lugar. Así mismo permitiría identificar algunas de las barreras u obstáculos para el crecimiento y para el desarrollo que pudieran estar reflejadas en el espacio, o que aun

no estando reflejadas, pudieran aflorar a partir de la narrativa suscitada en el encuentro en el hogar.

Otro aspecto relevante en la relación de ayuda es que el profesional sea capaz de identificar primero y estimular después, las capacidades propias en el/a usuario/familia. Aprender la vida de la familia en su hogar, nos puede dar indicios de detalles que resulte útiles para identificar y activar las capacidades. De común, en el espacio doméstico se muestran el resultado de las capacidades de cada uno de los convivientes y del sistema familiar en su conjunto. Por muy limitadas que sean las capacidades de una persona (y/o familia), si hay algo que le gusta, le interesa, construye, colecciona, recopila, cuida..., de común se manifiesta hacia el exterior, y frecuentemente se muestra en la casa. El/la trabajador/a social al visitar, lo puede observar, identificarlo como un logro, como un recurso, como una capacidad, y de esta manera proyectarlo hacia otras facetas que requieran ser estimuladas y sean objeto de trabajo en ese momento.

Pueden ser pequeños detalles tangibles y permanentes de apreciar (un dibujo, una manualidad, un recorte, una fotografía...) o bien menos tangibles y efímeros para los visitantes. Por ejemplo, en una visita se observa como un miembro (o toda la familia) cuidan a un animal doméstico, o como son capaces de tener control sobre él cuando hay un extraño (trabajador/a social), o alguno le expresa cariño y atenciones durante la visita..., todo esto puede ser valorado como *capacidad para*: transmitir afecto, vincular, poner límites, transmitir ordenes, etc. Estas facetas se pueden aprovechar para proyectarlas a otros ámbitos (objeto de la intervención) que requieran de la expresión afectiva o de la capacidad de control, o similar. Cualquier otro ejemplo en esta línea podría ser útil, siempre y cuando el trabajador/a social sea capaz de visualizar logros y capacidades en el entorno que visita.

En ocasiones tras entrevistas en el despacho, se hace preciso identificar en el hogar estos ejemplos que sirvan de estímulos que apoyen el plan de crecimiento con los casos. No siempre la familia en momentos de malestar y crisis, visualiza o es capaz de proyectar logros, capacidades o habilidades en una faceta, hacia otra que lo necesite; y es un tercero externo quien puede estimular esa conexión. Para ello el/la trabajador/a social, primero promueve que la familia lo intente por si mismo, y si es infructuoso el intento, establecer él una primera conexión que sirva de estímulo para potenciar las capacidades.

¿Puede el trabajo domiciliario contribuir en las distintas fases de la empatía?. Desde mi punto de vista si, a continuación apporto algunas notas sobre la conexión entre estas dos variables. Bermejo (1998a) clasifica las fases de la empatía en: fase de identificación con la persona y con la situación del ayudado, fase de repercusión que ello tiene con el ayudante, fase de la incorporación o auto-observación de lo que común hay en la propia historia con el problema del ayudado, y la fase de separación o restablecimiento de la distancia física, psicología y afectiva.

Respecto de la fase de *identificación*, Bermejo la describe como que el “ayudante” (trabajador/a social) penetra en el campo del otro “ayudado” (usuario/familia) que está viviendo y/o sufriendo, esa vivencia no lo deja indiferente, sino que lo conmueve y lo envuelve, no se defiende sino que se “identifica” con su persona, sus reacciones, conducta... su situación, esta identificación es temporal y actitudinal.

La fase de *incorporación y repercusión o autoobservación*, Bermejo (1988a) la describe como un paso más, en la medida que lo que manifiesta el otro tiene una parte superficial o otra más profunda, como le ocurre al propio profesional experiencia “también yo” (incorporación), sería algo más que la experiencia ajena, es identificar

elementos semejantes propios en la experiencia del otro. El profesional vibra con..., siente angustia, no sabe que decir..., “prácticamente la observación del otro se hace observación de uno mismo” (p.29). Desde esta experiencia el profesional conoce su propio mundo emotivo a partir del esfuerzo de captar las vivencias ajenas.

Finalmente está la fase de *separación*, Bermejo (1988a, p. 29 y 30) la sitúa como el momento de retirarse de la implicación emocional y de situarse en el plano cognitivo “recurrir al método de la razón” bloqueando intencionalmente el proceso de introyección, estableciendo distancia social y emocional con “serenidad y entereza”. En este momento puede aparecer sentimientos de culpa por la retirada cuando el otro está con gran sufrimiento. Si esta fase de retirada no se produce con los casos pueden aparecer el riesgo del agotamiento profesional (burn-out), o la *fatiga por compasión*. Bermejo (2012) apunta que “No hay empatía si no se da separación. Más bien se produciría simpatía o identificación emocional, y empatía significa -penetración en el mundo de los sentimientos ajenos permaneciendo uno mismo-.” (p.29).

Esta fase, de común se activa en el despacho del profesional, al narrar su situación el entrevistado. Esta activación toma como única referencia el relato que estará influido por la capacidad narrativa y expresiva de la persona/s entrevistada/s. Sin embargo, cuando se entra en contacto con el mismo caso en su espacio doméstico, se incorporan nuevos relatos y emociones de otros miembros de la familia no presentes en la entrevista previa (situación frecuente), y también la ya mencionada narrativa espacial. Los relatos se hacen más vivos, más tangibles, más emotivos e impactantes en el lugar vivencial.

A continuación pongo un ejemplo de estas fases aplicado a la visita domiciliaria: Una madre en duelo por el fallecimiento de su hijo, narra en el despacho de la trabajadora social del centro de salud su vivencia de pérdida, esta es desgarradora y de

un gran sufrimiento intenso. En la trabajadora social se activa la fase de identificación y queda sobrecogida por el relato y las emociones expresadas. Al cursar visita al domicilio, vuelve aparecer en la madre el relato de pérdida acompañado de la expresión emocional, y además se incorpora el doloroso silencio del marido (padre) que apenas habla durante la visita, y se muerde constantemente los labios. Mientras le cuentan, le muestran fotos del hijo fallecido que ocupan un lugar principal en la sala donde se produce el encuentro. La trabajadora social aprecia poca luz en la casa, gran silencio, la mesa con algunos vasos y migajas que no se han recogido, en la mesita donde está la lámpara varias cajas de medicina, las cortinas corridas...

En un momento, mientras le narran como se produjo el fallecimiento del hijo (algo que ya mencionado en el despacho), le invitan a ver la habitación del mismo. Al entrar la trabajadora social conecta directamente con el lugar íntimo de ese miembro ausente: objetos, detalles, enseres, ropas, el olor del cuarto... todo su mundo se le hace presente a la trabajadora social en ese momento. Le ha puesto cara (fotos), y le ha puesto ubicación (casa y habitación), e incluso momentos vitales (fotos de pequeño, algún juguete de la infancia o la adolescencia en sus estanterías).

Ante este escenario, la trabajadora social se conmueve, le impacta, el dolor ajeno le duele, piensa en su hijo o hija (sobrinos o en sus propios padres), y se proyecta por un instante en esa misma situación de pérdida, se agita por dentro con esa visión, su respiración se activa, sus ojos se vuelven vidriosos y le cuesta tragar saliva.

Esos padres le narran lo que hacen cada día, y sobre todo lo que no pueden hacer, y la trabajadora social conecta con sus reacciones, las siente como posible, como que ella misma las pudiera reproducir en una situación similar.

Tras ese momento de descarga, donde el profesional ha podido perder momentaneamente las referencias del tiempo, se ha identificado, incorporado y ha

sentido la repercusión en propia carne, se activa la dimensión racional. Hasta ahora su lenguaje no verbal ha sintonizado sutilmente con la familia, sin embargo, tras el impacto se vuelve a poner el traje¹¹ profesional que nunca se lo ha quitado completamente, y pone distancia emocional, y comienza a procesar la información verbal y no verbal recibida tanto en la visita como en el despacho, la conecta con la demanda, y empieza a construir hipótesis sobre el caso (que papel cumplía el hijo en la familia, que mecanismo de protección y resiliencia han mostrado los padres, en que momento del duelo se encuentran, han mantenido intacto el cuarto o ha habido cambios, cómo es su red social, reciben visitas, se prestan cuidados el uno al otro, les consulta sobre en que parte de la casa se sienten mejor... Es decir, se activa los mecanismos técnicos de evaluación del caso en relación a la demanda y las competencias profesionales de la trabajador social.

La trabajadora social, al terminar la visita y salir de la casa, mientras camina, la calle le ofrece otro aire emocionalmente menos denso, algunas imágenes intrusivas aparecen en su cabeza: la mirada del hijo en la fotografía, su bicicleta apoyada tras la puerta, el olor de su cuarto... Se le activa su deseo de ayudar y piensa en los recursos externos que puede activar, y revisa que le puede ofrecer profesionalmente con el caso... Todo esto le ocurre mientras se encamina a otra visita que tiene programada con una mujer anciana gran dependiente y encamada, que recibe el servicio de ayuda a domicilio y con los hijos/as enfrentados por falta de implicación en los cuidados... Llega, llama a la puerta, le abre la hija mayor que la recibe sería, distante... y sin mediar muchas palabras lo invita a pasar a la habitación donde está su madre en una cama articulada... y comienza de nuevo las fases de la empatía.

¹¹ Minuchin en vez de trajes, habla de sombreros (Minuchin, 1998).

Sobre la base de este ejemplo, podemos decir que la visita es relación, emoción y comunicación. La visita es una forma de relación social y en nuestro caso profesional. A su vez, la relación es emoción (agradable, desagradable, positiva, negativa...), es un encuentro vivencial entre las partes. La no emoción es imposible (Castilla del Pino, 2000), siempre estamos emocionando. Y la relación es comunicación, la no comunicación es imposible (Watzlawick, 1997).

- *Cada tema y cada asunto tienen su lugar:*

Siguiendo con la dimensión espacial, la intervención en el domicilio favorece la relación, ya que la casa es un lugar para el encuentro, esta favorece el diálogo y la conversación, pero también todo lo contrario, en la casa afloran tensiones. (González Calvo, 2014). A nivel de relaciones sociales en general, podríamos decir, que *cada asunto que queremos tratar con alguien tiene su lugar*, tiene un espacio socialmente “previsto” como el más idóneo. Unos son más adecuados tratarlos en casa, y otros en la calle, expresiones coloquiales dan fe de ello: “*eso no es asunto para tratar en la calle*”, “*esas cosas se hablan en casa*”. La calle, la oficina, el bar, la plaza... la casa, tiene sus propios temas asignado. Incluso a nivel de relación social virtual, también se definen los espacios idóneos de relación según lo que se pretenda tratar (privado, público en abierto o reservado para contactos...). Este aspecto nos lleva a la privacidad, y la consideración que cada cual tiene de la misma. Para la intervención profesional, los espacios y las condiciones que deben reunir, también están predefinidos, en el caso del trabajo social, el domicilio está considerado lugar idóneo y preferente.

Sobre la base de lo dicho, y en el marco de la relación de ayuda, buena parte de las intervenciones que tiene que desarrollar un/a trabajador/a social tiene que ver con lo

íntimo, con lo privado, con lo particular... e incluso con lo secreto. Para tratar estos asuntos, no es despreciable hacerlo en el domicilio, al contrario, es apreciable la oportunidad que ofrece el domicilio para ello. Ciertos temas fluyen más fácilmente en el lugar donde se producen, otros sin embargo, es conveniente tratarlo en el despacho del profesional, de ahí la complementariedad entre los dos escenarios de la intervención. Tratar ciertos asuntos personales, íntimos, privados... en el marco de la casa, a la luz los componentes básicos de la relación de ayuda: aceptación, el respeto, la escucha activa, la empatía, la genuinidad, no enjuiciamiento..., es sin duda una buena oportunidad para potenciar el establecimiento, potenciación, mantenimiento y/o cierre del vínculo trabajador/a social-usuario/familia.

¿Qué le aporta de particular el lugar a la relación?, en nuestro caso la casa/hogar. De una parte, le aporta el marco, el entorno, el enclave donde se produce el encuentro; de otra parte, la significación que dicho marco tiene para quienes habitan allí, tanto el conjunto de la casa, como cada rincón (todos ellos llenos de vivencias y de historia). Un tercer elemento es el ambiente y la predisposición para el encuentro, para que éste resulte favorecedor profesional y usuario/familia tienen que hacer esfuerzos de adaptación mutua.

- La aceptación incondicional desafía al trabajador/a social:

En la visita domiciliaria la familia asumen muchos riesgos, se expone, se muestra, se “desnuda” a los ojos del profesional. Si el profesional visita más: desde el pre-juicio que la aceptación (aunque no sea plenamente consciente de ello), desde el juzgar más que desde el comprender, desde el cambiar más que desde el acompañar...; la familia se sentirá escudriñada, investigada, registrada, punitivamente observada.... Y

todo ello no es favorecedor de la vínculo en la medida que altera la aceptación incondicional a la que se debe el profesional.

La aceptación positiva incondicional, es uno de los desafíos más grandes que un profesional de ayuda tiene que enfrentar. Desde la perspectiva de la visita, se estaría ampliando el alcance de la aceptación positiva incondicional de la persona¹² hacia el lugar también, ya que aceptar a la persona también implicaría, aceptar incondicionalmente su espacio, su universo, su casa, su hogar, en tanto que ésta es una representación del self individual y del sistema familiar.

Haudiquet-Lamarque (2012), apunta la gran dificultad que entraña la aceptación positiva incondicional como una condición esencial para la relación de ayuda, ya que ésta se trata más de un sentimiento que no se pueden forzar, y no una actitud o predisposición como es la empatía o la congruencia. Junto con la dificultad que entraña la aceptación incondicional en la relación cara a cara en el marco del despacho, a través de la visita incorporamos un plus de dificultad que implica tomar conciencia de su forma de con-vivir sin juicios moralizantes, desde la consideración positiva, sin proyectar nuestro valores, creencias e introyectados.

¹² Aceptar a la persona no implica aceptar su conductas.

1. 5. RESISTENCIAS Y VISITA DOMICILIARIA

1. 5. 1. Conceptualización de la Resistencia.

La palabra resistencia proviene del latín “*resistentia*” del verbo *resistere* que significa mantenerse firme, persistir, oponerse. Contiene el prefijo *re-* que intensifica la acción y el verbo *sistere* que significa establecer, tomar posición, asegurar un sitio.

Resulta curioso que el origen de esta palabra está asociada al sitio (lugar), así el verbo *sistere* se formó a partir de *stare*(estar de pie) y *sistere* es tomar posiciones en un sitio, quedarse clavado, no moverse. Sería algo así como “no moverse del lugar”. Muy apropiado el origen de la palabra para la aproximación que se pretende desde esta tesis, y en concreto en las resistencias en el trabajo a domicilio.

La idea de resistencia está asociada a la física, por ejemplo la resistencia de los materiales a la presión, la oposición que ofrecen ciertos cuerpos al paso de la electricidad (aislantes y conductores), también a la biología en lo que respecta a la resistencia de bacterias y otros seres vivos a la presencia de otros antagonistas biológicos o químicos. En las ciencias humanas también se puede apreciar este fenómeno y ha sido estudiado desde distintas disciplinas. En este punto me voy a centrar en los avances al respecto realizados desde la psico-terapia individual y familiar, y tomaremos como referencia las resistencias que se generan en el triángulo formado por el profesional (y equipo), usuario/familia y servicio, todo ello en el marco de la intervención psicosocial domiciliaria desde el trabajo social.

La resistencia al cambio es una constante en la historia del pensamiento, Heráclito 500 a. C. decía que “Lo único estable es el cambio” (Mandolfo, 2000, p. 129),

y Confucio señalaba que "Quien pretenda una felicidad y sabiduría constantes, deberá acomodarse a frecuentes cambios" Chengley (2006). Platón en *El mito de La Caverna* mostraba el miedo a lo desconocido. Maquiavelo en el Siglo XVI escribió: "Se debe tener en cuenta que no hay nada más difícil de llevar a cabo, ni de éxito más dudoso, ni más peligroso de manejar, que iniciar un nuevo orden de las cosas" (Cofone, 2009, p.69). Pablo Neruda (1972) en su poema *El miedo* decía "Tengo miedo de todo el mundo,/ del agua fría, de la muerte./ Soy como todos los mortales,/ inaplazable" (p.358). En un libro divulgativo de edición reciente Gounelle (2011) no deja de relatar esa constante: "El ser humano tiene miedo al cambio, a la novedad, y a menudo prefiere quedarse en su contexto habitual, aunque este sea penoso, antes que dejarlo por una situación nueva que no conoce" (p.62).

Para Anderson y Stewar (1988), apunta en su obra *Para dominar la resistencia* que ésta es algo universal, natural y además difícilmente evitable. El miedo al cambio, el miedo a lo desconocido es consustancial al ser humano, en esta misma línea, Dostoievski, en *Crimen y Castigo* (1999) señalaba que "Lo que más teme la gente es dar un paso nuevo, pronunciar una palabra nueva" (p.66). Si miramos este fenómeno de la resistencia al cambio desde la perspectiva de las ciencias humanas en lo que a intervención individual y familiar se refiere, se podría decir que hay dos grandes visiones. La primera de ella, encabezada por la teoría psicoanalítica, viene a señalar que la resistencia está en el paciente(y/o familia), y que es él quien obstaculizan la labor terapéutica orientada hacia el cambio. Por distintas razones como veremos, el propio paciente es quien "boicotea" la mejoría.

La otra gran corriente, encabezada por el enfoque sistémico-relacional, viene a señalar que el paciente (y/o familia) no son los únicos depositarios de la resistencia, sino que la resistencia es co-construida por el sistema terapéutico (sistema de acción/ sistema

familia-cliente conceptos que se emplean en contextos psicosociales). Es decir, que la resistencia la pueden presentar y co-crear tanto el paciente y/o familia, el profesional y/o equipo, y el servicio donde se atiende a la familia, en cualquier momento de la intervención y por cada una o varias de las partes señaladas del sistema terapéutico.

Hay que hacer una apreciación importante, en línea con lo ya expresado en otras partes de esta tesis, esto es, la resistencia es un fenómeno altamente estudiado en contextos clínicos, pero no tanto en contextos psicosociales, y la intervención domiciliaria a través de la visita la situamos como una forma de intervención psicosocial. Por ello vamos a partir de los avances de los contextos clínicos que nos sirven como gran *laboratorio* para la intervención individual y familiar con unas condiciones muy controladas; y a partir de ahí, “traduciremos” a contextos no clínicos o psicosociales aquellos aspectos adaptable e identificables por su similitud o paralelismo.

1. 5. 1. 1. Perspectivas sobre las resistencias.

Para concretar las dos visiones acerca de la resistencia en la intervención individual y familiar, tomo como referentes a Anderson & Stewart (1988), Feixas, Sánchez, Laso & Gómez, (2002), Simon, Stierlin & Wynne, (1989):

- 1ª Visión sobre las Resistencias:

En el primero de los casos, señalar de inicio que fue Freud (1976) uno de los primeros en teorizar sobre las resistencias, identificó que sus pacientes le demandaba ayuda para su malestar y a la vez se resistían a revelar sus sentimientos y pensamientos, se resistían a sus interpretaciones y a la relación con él. Inicialmente introdujo el termino resistencia en sus trabajos sobre la histeria y lo extendió al resto de trastorno que atendía.

El psicoanálisis ha sostenido que los pacientes eran reacios a abandonar sus síntomas porque éstos (síntomas) eran el método que ellos utilizaban para mantener un equilibrio intrapsíquico que de lo contrario estaría amenazado. Para los psicoanalíticos “la resistencia es todo, y trabajar con la resistencia, es la terapia misma.” (Anderson & Stewart, 1988, p.24).

Siguiendo a Feixas et al. (2002), estos señalan que Freud entiende que la resistencia se basa en la represión de contenidos amenazantes. Al estudiar la resistencia Freud y sus seguidores observaron que “el análisis de la resistencia le facilitaba trabajar con los secretos reprimidos de la neurosis del paciente” (Simon et al., 1998, p.312). Así, son formas de resistencia cuando el paciente activa los mecanismos de defensa cuando ve peligrar su equilibrio interno durante el tratamiento. En última instancia se trata de un mecanismo defensivo del *Yo* ante la posible emergencia de contenidos del *Ello*, contenidos inconscientes, primitivos y no siempre tolerados por la instancia más adulta y madura de la personalidad que es el *Yo*.

Greenson (1967) (citado por Anderson & Stewart, 1988) definió la resistencia como “Todas las emociones, actitudes, ideas, pensamientos o acciones, conscientes o inconscientes, que contrarían el progreso de la terapia” (p.25). El psicoanálisis entiende que resistencia es todos los modos de oposición que emplea el paciente ante el análisis y el psicoanalista, se designa con este término todo aquello que, en palabras y hechos del paciente, no permite que afloren los contenidos inconscientes reprimidos. Fromm-Reichmann (1950) (citado por Anderson & Stewart, 1988) señala que “la misma fuente que motivó los procesos de disociación y represión originales, es decir, la angustia, es también el principal motivo de resistencia” (p.25). Para esta autora la resistencia significa reactivación fuera de la conciencia del paciente y de las fuerzas motivadoras responsables de sus originarios procesos mentales disociadores y represores patógenos.

Freud (1948) señaló que el análisis de la resistencia podía destrabar los secretos reprimidos de la neurosis del paciente. Entendía que transferencia intra-analítica era una forma de resistencia y su interpretación, un medio de vencer esa resistencia. Lazard (1997) entiende que la resistencia es la defensa en contra del insight. Y según Etchegoyen (1986), la relación entre resistencia y transferencia, es neta:

...las fuerzas que pusieron en marcha el proceso patológico apuntan ahora contra el analista en cuando agente de cambio que quiere revertir el proceso... Lo que más se acomoda a la resistencia al recuerdo... es sin duda la transferencia, en cuanto es a través de ella que el enfermo no rememora, no recuerda... (p.105-106).

En general dentro de lo que se ha dado en llamar terapia intrapsíquica, la resistencia es descrita como la renuncia del paciente a invocar experiencias traumáticas pasadas, y se ha abordado desde distintas formas: contraresistencia, la hipnosis, la sugestión...

- 2ª Visión sobre las resistencias:

Anderson y Stewar (1988) elaboran lo que ellas llaman, *definición operativa*, señalando que “la resistencia puede definirse como el conjunto de conductas del sistema terapéutico que interactúan para impedirle el logro de los objetivos de la familia en relación a la terapia”, y continúan diciendo, “que el sistema terapéutico incluye a los miembros de la familia, al terapeuta y al contexto en el cual se desarrolla la terapia, es decir, la agencia o institución donde acontece” (p.50). Recordamos que el *sistema terapéutico* expresión que se emplea en terapia, o *sistema de acción* que es como se denomina en contextos no clínicos, es el que está formado por el trabajador/a social, usuario/familia y servicio. Este nuevo sistema tiene las propiedades de cualquier otro sistema humano (principio de totalidad, equifinalidad, teleología, fuerzas en oposición, jerarquía, límites...).

Aunque esta definición se construye en el marco de la intervención clínica, donde se realiza la terapia familiar, es completamente extensible a la intervención no clínica o psicosocial (Cirillo, 1994; Coletti & Linares, 1997) que es donde se desarrolla mayoritariamente la labor de los trabajadores/as sociales en las distintas realidades estudiadas en esta investigación.

Desde la óptica sistémico-relacional, el fenómeno de la resistencia ha sido estudiado ampliamente; sobre el mismo se tienen distintas visiones que vamos a intentar reflejar a continuación. El punto de partida hay que situarlo en la polarización que se da entre dos factores: de una parte, la llamada *adhesión terapéutica* que Meichenbaum y Turk (1987) la entiende como “la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscripciones del personal de salud.” (p.20) Y de otra parte, la ya referida “resistencia” (p.20).

En este punto hay que señalar la llamada *paradoja del cambio* que está presente en la intervención con los casos. El paciente y la familia albergan “un deseo de cambio sin que nada cambie”, “ayúdame a cambiar, pero sin modificar nada”, “los pacientes piden cambiar sin que se los cambie”, “ayúdeme a dejar de sufrir pero sin cambiar mi situación”. Es el discurso homeostático, es decir, no hay cambio si la persona/familia no modifica su estructura interna que genera o mantiene la disfuncionalidad (homeostasis forzada, retroalimentación negativa persistente, etc.).

Durante mucho tiempo el trabajo específico con la familia se ha situado en el plano de dos fuerzas oponentes paradójicamente, de una parte el profesional a favor del cambio; de otra, el paciente y o familia en contra, queriendo cambiar sin querer cambiar, y he ahí la contradicción. En este punto, la resistencia encierra ese sentido paradójico mencionado, en el que por una parte se solicita ayuda para cambiar y por

otra parte hay una resistencia a la misma (Bernler & Jonson, 1997).

En síntesis y de acuerdo con Anderson & Stewar (1983), Selvini et al. (1980), Ausloos (1996), Simon et al. (1997), la resistencia no es propiedad de la familia sino del sistema terapéutico, ésta es vista por estos autores como si funcionase de un modo sinérgico y fluctuante, y que cualquiera o todas las partes que conforman el nuevo sistema pueden interferir en la iniciación o realización eficaz del trabajo conjunto para la resolución de las disfunciones. La responsabilidad es mutua familia-profesional-servicio. En este punto el observador no esta separado de lo observado sino que participa en la creación de lo observado. La familia deja de ser un *sistema observado* por el profesional, ambas partes se convierte en *sistema observante* que se influyen mutuamente.

1. 5. 1. 2. Posicionamiento y Resignificación de las Resistencias.

En lo que se refiere a este trabajo, la posición de quien suscribe se sitúa en la segunda de las perspectivas: la resistencia es co-creada por el sistema terapéutico (o sistema de acción). Y además me sumo a las posiciones de quienes resignifican la resistencia en sentido positivo. El fenómeno de la resistencia siempre se ha visualizado como algo negativo y como un obstáculo, culpabilizando casi siempre a la familia; sin embargo, algunos autores han realizado alguna relectura de la misma redefiniéndola en positivo, y cuestionando la posición de los profesionales ante la misma, ya que éstos focalizan las dificultades para el éxito en la intervención, y justifican los abandonos “culpando” a los pacientes/familias. Hay otros autores que hacen una lectura en positivo de la resistencia, plantean desde la segunda cibernética sustituir el concepto resistencia

por el de cooperación, entendiendo que esas manifestaciones catalogadas por algunos autores/as como resistencia, serían la única forma de colaborar que tiene la familia.

Veamos algunas aportaciones más en la línea de resignificación positiva:

- *Las resistencias entendida como colaboración:*

Siguiendo con Shazer (1980) adopta la posición de que no hay familias resistentes, sólo familias incomprendidas, lo que parece resistencia, es el “*singular modo de cooperar*” de la familia.

- *La resistencia entendida como competencia y capacidades:*

Ausloos (1998), apuestan decididamente por el abandono del término resistencia y de otros términos descalificantes como *familias no colaboradoras o no motivadas*, e incluso cuestiona el título de Bergman (1991) *Pescando barracudas*, centrada en el análisis de la resistencias de las familia en terapia familiar. Ausloos visualiza el comportamiento de no cumplir las directivas del profesional como capacidades y competencias de las familias.

- *La resistencia entendida como prudencia:*

Ausloos (1998) parte de la idea de que las familias no son resistentes sino “prudentes”, estas necesitan tiempo para poder incorporar las propuestas para genera cambios. La familia necesita sentir nuestra disponibilidad, pero después necesita tiempo para cambiar. Este autor, hace una clasificación del tiempo: “*tiempo del proceso*”, esto es el tiempo para comprender, aplicar técnicas, poner en práctica estrategias, redefinir...Pero también está el “*tiempo necesario*” que es el tiempo que necesitan las familias para observar, experimentar y cambiar, “Cuando la familia se implica en un proceso de cambio requiere tiempo” (Ausloos, 1998, p. 27). Las familias necesitan

tiempo para cambiar, nuestra sobreimplicación, nuestro activismo no hacen que cambien más rápido.

Cuando a la familia se le desafía su dinamismo habitual, aunque este sea disfuncional, ésta activa todos los blindajes posibles para protegerse. Dice este autor (Ausloos,1998) “que no hay familias resistentes sino profesionales impacientes” (p.27). Aderson & Stewar (1988) son más contundentes y señalan que no “no hay familias imposibles, sino solo terapeutas ineptos” (p.63 y 67) al menos cuando estos pretende asumir la mayoría de la responsabilidad en el cambio de la familia... Este tipo de familias han pasado por un buen número de personas de su red y de profesionales que ya le han propuesto, prescrito, aconsejado, impuesto... muchos cambios y además han ensayado en ella diversas estrategias para generar los cambios, con lo cual, sería esperable que terminen resistiéndose.

Sostiene Ausloos (1998), que durante mucho tiempo hemos llamado demasiado a menudo resistencia de las familias lo que no era más que incapacidad del profesional para poder ver su potencial evolutivo. Nuestra impaciencia nos lleva a tomar nuestra teorías como dogmas y pensamos que nuestras soluciones son buenas para todo el mundo y con ello lo que impedimos que las familias encuentres sus propias autosoluciones.

Para terminar con las aportaciones de este autor (Ausloos, 1998) me gustaría extraer una sustanciosa reflexión literal del mismo, que aglutina lo apuntado:

Cuando Freud inventó la noción de resistencia en terapia analítica, habló de mecanismos inconscientes. Pero el término ha sido popularizado, usado para todo, muy a menudo para justificar la incapacidad del terapeuta. Pienso que los clientes no son resistentes, que las familias no son resistentes, sino que lo que necesitan tiempo. Son prudentes y tienen razones para serlo. No van a lanzarse al primer cambio que les propongamos, porque en general ya les han propuesto cambios y saben muy bien lo que esto les ha costado. Entonces tienen muchas razones para ser prudentes y no resistentes. Para mí, no hay familias resistentes sino terapeutas impacientes, como también yo lo he sido. Hay terapeutas incapaces de ver el

potencial evolutivo y yo he pensado a veces: -con esta familia, no hay nada que hacer-. Hay terapeutas impacientes que imponen sus propias soluciones, y yo a veces me he desesperado al ver que las magníficas estrategias que había elaborado se revelaban ineficaces. Hay familias prudentes porque están escaldadas y necesitan tiempo para evaluar, para experimentar, para encontrar sus autosoluciones. (p.39)

- La resistencia con vía para el cambio:

Papp (1994) se planteaba cómo encontrar los modos de poner al servicio del cambio esta tendencia a permanecer igual. Por su parte Watzlawick (1995), entiende que la resistencia al cambio, es un importante vehículo para el cambio. Se trata de aprovechar la energía que en sí tiene la resistencia para impulsar el propio cambio, este autor apunta la metáfora del yiu-yitsu (arte marcial) que emplea la misma filosofía, aprovechar la fuerza del contrario —tanto en ataque como en defensa— para vencerlo. En el caso del trabajo con la familia es para ayudarla, y vencer la resistencia favoreciendo el cambio de segundo orden. Lo que propone es la reestructuración de la resistencia como condición previa o incluso como un aspecto del propio cambio.

Siguiendo con Watzlawick (1995), las intervenciones que toman como base este paradigma están dentro de las llamadas paradójicas por cuanto el profesional juega con el sentido común y con el absurdo. En otras palabras, es aceptado que el presupuesto de los profesionales que trabajan con las dinámicas internas de la familia está en pro del cambio, este supuesto se situaría dentro del sentido común; pues bien, los planteamientos que le hace a la familia se sitúan en el absurdo rompiendo lo que se supone tendría que hacer desde la lógica del sentido común, por ello son paradójicos. Así tenemos por ejemplo los cuestionamientos con los mensajes: -¿por qué tienen que cambiar?- o el de -¡vayan despacio!-, o aplicando la técnica/directiva de la prescripción del síntoma, etc. (Watzlawick, 1994, p.129); también apunta, que se puede poner al servicio del cambio tanto la resistencia como la provocación de la resistencia. La incitación al “mas de lo mismo”, produce resistencia y genera “menos de lo mismo”.

En el fondo este tipo de intervenciones paradójicas supone reducir al absurdo las propuestas que se le hacen a la familia en vez de la utilización de lo que sería lógico según el sentido común ya que este en situaciones de resistencia lo que contribuyen a la persistencia del problema.

Desde el trabajo social, Hamilton (1987) también hablaba de resistencia, “siempre hay que esperar resistencia” (p.175). Si bien este aporte se situaba dentro de perspectiva más culpabilizadora de la familia, hablaba de la “incapacidad” de la familia, que como vemos contrasta con la capacidad apuntada Watzlawick o Ausloos. Señalaba igualmente algunos matices importantes que enriquecen la perspectiva sobre la resistencia en el trabajo con individuos y familias. Así apuntaba que la resistencia no solo hay que considerarla al principio del establecimiento de la relación de ayuda y del tratamiento, sino que puede aparecer durante o incluso al final. De igual manera señala Hamilton (1987) que en muchas ocasiones surgen resistencias por la falta de familiarización del caso con los procedimientos del profesional y del servicio, o los estigmas que generan en los usuario/familia ciertos servicios.

Lo hasta aquí he expuesto toma como base desarrollos en el ámbito clínico que son extrapolables al ámbito no clínico, y dentro de éste a la intervención domiciliaria desde el trabajo social. En el punto siguiente me centraré en realizar una relectura de las resistencias desde la perspectiva de la visita domiciliaria.

1. 5. 2. Las Resistencias y la Visita Domiciliaria.

Las resistencias tienen, o puede tener, una especial relevancia cuando la ponemos en relación con la visita domiciliaria, no se tiene constancia de que este

fenómeno haya sido específicamente estudiado desde el trabajo social. En este apartado se pretende poner en relación ambas variables (visita domiciliaria y resistencias) tomando como referencia el segundo de los enfoques antes señalado por el que las partes intervinientes del sistema terapéutico o sistema de acción co-construyen las resistencias.

La forma, el modo, el tiempo, el momento, el objetivo... en que se lleva (o se intenta llevar) acabo la/s visita/s domiciliaria/s, pueden contribuir a la generación de resistencia/s. Estas resistencias pueden ser mostradas de formas sutiles o manifiestamente apreciables. Visitar el domicilio de los casos atendidos es una acción profesional especialmente sensible en lo que hace referencia a las resistencias, tanto en la generación, mantenimiento, ampliación o reducción de las mismas. Visitar un domicilio supone aumentar el contacto con la intimidad de los usuarios y sus familias, el celo que éstas puedan tener por su intimidad y la percepción de riesgo de intrusión, pueden iniciar o amplificar las resistencias. A su vez, el profesional se expone más al visitar, y esto también puede amplificar sus resistencias a ir a los domicilios de los casos.

Este fenómeno (resistencias y visita domiciliaria) puede muy extenso, ya que los riesgos de que aflore no son idénticos en todos los casos, ni de la misma forma y manera en todos profesionales, contextos y tipos de vistas. Resulta pues difícil atender a todos los matices, por ello abordaré un conjunto de aportaciones en la confluencia de estas dos variables, sobre la base de lo expuesto en la fundamentación teórica anterior. Con estos aportes, tomo el tema como no agotado, dejando para futuros trabajos más específicos la profundización en el mismo.

- *La casa es un espacio de intimidad y como tal, especialmente sensible a lo externo y proclive a que sus residentes muestren resistencias a lo ajeno:*

En general, las personas somos celosas de nuestra intimidad, especialmente en lo referente a su espacio privado. Una visita implica la entrada en ese espacio de intimidad con un fin/es determinado/s. En buena parte de los casos, hay acuerdo respecto a visitar y ser visitados entre el trabajador/a social y el usuario/familia, con lo que las resistencias que hubiere en estos casos tendrían más que ver con las propias del proceso de intervención, que con la visita en si misma; además la visita misma podría convertirse en una herramienta para reducir o eliminar las resistencias al cambio.

Sin embargo, en otros casos, esta visita puede ser percibida como inadecuada, inoportuna, intrusiva... con lo cual la reacción posible es mostrar más o menos displicencia a la misma (resistencia). Si además el vínculo (relación de ayuda) entre visitante y visitado es débil y/o inexistente, la reacción adversa puede ser esperable. La resistencia a las visitas tiene una relación directa con la fortaleza que haya alcanzado vínculo (relación de ayuda) entre trabajador/a social y usuario/familia, ya que la visita domiciliaria es sobre todo comunicación y relación.

La visita domiciliaria, no es una *visita social* al uso, tiene o debe tener unos objetivos prefijados y está enmarcada en el plano de la intervención profesional (contexto). Puede ser la primera visita o las subsiguientes, en cualquiera de ellas, pueden aflorar resistencias por las partes.

Las resistencias cumplen una/s función/es y tienen significación. Identificar el sentido de las resistencias implica una lectura amplia del interjuego que se esté desarrollando en el propio sistema terapéutico.

- *Resistirse a la visita de manera evidente o sutil es una reacción posible, e incluso esperable:*

Para dejar franco el paso al domicilio, es necesario que se de la confianza en quien visita y lo que representa profesional e institucionalmente. La confianza es algo que ya se ha abordado en el apartado relativo a la visita social. La percepción de riesgos o amenazas por parte de la familia respecto a la expectativa de la intervención que vaya a desarrollar el trabajador/a social, le llevaría a limitar el acceso a su domicilio. La confianza y la aparición de resistencias guardan proporción.

Desde el sentido común, la visita será más factible cuando la familia percibe algún beneficio tangible o intangible: apoyo económico, servicios de cuidado, protección, contención emocional, acompañamiento, etc. Y de otra parte, la visita tendrá más dificultad cuando es percibida como una amenaza o un riesgo porque implique control, pérdida de beneficios, etc. Elegir el momento adecuado para la/s visita/s en el proceso que se esté llevando con el caso, sería una contribución a la reducción de las resistencias.

- *Resistencias Múltiples:*

La resistencia no es un fenómeno único sino diverso. Al cursar una visita a un usuario/familia, el/la trabajador/a social se puede encontrar con un espectro variado de situaciones respecto a la variable resistencias: Puede ocurrir que sean reacios a la visita y/o intervención toda la familia, algunos de los miembros, o un solo miembro, tanto de los convivientes como de la familia extensa, lo cual lo hace todo más complejo. El establecimiento de la relación de ayuda contempla el vincularse con todos y cada uno de los miembros implicados, trabajar con las resistencias también implica entender y superar las resistencia de todos y cada unos de los miembros, sería pues un esfuerzo

para establecer *alianzas múltiples*, y esperar posibles *resistencias múltiples* (Relvas & Sotero, 2014). Esta doble dimensión (alianzas/resistencias múltiples) complejiza la intervención domiciliaria.

El/a trabajador/a social tiene el reto de desplegar todas sus habilidades para enfrentar estas situaciones sin perder de vista el/los objetivo/s para con el caso. Es frecuente, que los miembros menos involucrados y/o más resistentes muestren conductas no verbales del tipo: no estar durante la visita, entrar y salir durante la misma, observar la escena con gesto de disconformidad, bloquear la expresión de otros miembros, mantener una postura corporal desafiante o de rechazo, gesticular ostensiblemente, etc.

Mostrarse auténtico, expresarse desde la sinceridad, contextualizar la intervención, ser pacientes, hacer explícito lo implícito, cancelar la visita o trabajar con los miembros más colaboradores, etc., son algunas de las “maniobras” que le quedan al trabajador/a social para poder enfrentar esta situación.

Junto a estas múltiples situaciones, se puede añadir otro componente más de complejidad, la resistencia es un fenómeno cambiante en los miembros y en el propio proceso de intervención, así los miembros pueden pasar de la colaboración a la obstaculización durante el proceso. En el propio trabajador/a social, pueden aflorar resistencia en algún momento del proceso, cuando antes no las tenía con el mismo caso.

- Positivar las resistencias es todo un desafío:

Resignificar positivamente las resistencias es un desafío por cuanto supone comprender las mismas, encontrarles una función, e incluso verlas en positivo. Así, resistirse a las visitas (o al proceso de intervención que implica visitas), puede ser visto como expresión de fortaleza del sistema familiar. Resistirse a las visitas es una forma de

protección de su intimidad, de sus puntos de vista y de defender lo propio frente a lo ajeno.

En términos biológicos es una forma de defensa del territorio propio (tangible e intangible) ante la entrada de un extraño (un extraño que no va solo, sino que representa o forma parte de una institución). La defensa de lo propio: *lo tuyo, los tuyos, el nido, la madriguera...* puede ser entendida como una reacción animal natural, aunque pueda estar atenuada y suavizada por las normas culturales.

Lo habitual es que los profesionales emprendan acciones de contraresistencia, es decir, resistirse a la resistencia, en vez de valorar la resistencia como una fortaleza. Cuando un miembro de la familia muestra malestar por la presencia del/la trabajador/a social en su casa, se está mostrando fuerte ante un extraño, y además no tiene problemas (en mayor o menor medida) a mostrarlo. Percibir esto como una capacidad, hacerlo explícito, y trabajar con ese miembro en concreto lo que siente por su presencia (le molesta, desconfía...), es una forma en última instancia de intentar vincular con el mismo.

- Las familias se muestran prudentes ante las visitas:

Sobre la base de que las familias son prudentes más que resistentes Ausloos (1998), señalar, que son muchas las visitas que puede recibir una familia con las que están interviniendo múltiples servicios (servicios sociales, centro de salud, atención a la dependencia, servicio de ayuda a domicilio, etc.), donde cada profesional (trabajador/a social, educador/a social, enfermero/a, médico/a, pediatra, auxiliar de ayuda a domicilio...) cursa visita para su fin particular. Sería lógico pensar que ante tanta “gente” y tanta visita, la familia en su conjunto o algún miembro de la misma, se pudiera mostrar resistente.

Los casos donde más se evidencia esta situación son en las familias catalogadas como multiproblemáticas o también llamadas multiasistidas (Coletti & Linares, 1997), donde en algunos casos se han computado hasta una veintena de agencias interviniendo. Parece razonable visualizar estas familias como prudentes más que resistentes (Colapinto, 1996).

No siempre las instituciones y los profesionales tiene en cuenta los tiempos de las familias, el *tiempo para el cambio* y el *tiempo de proceso* (Ausloos, 1988, p.27). Esto da lugar a pedirle a las visitas y a las familias más de lo que está dispuesta a dar en los tiempos exigidos. Dada las limitaciones de tiempo las visitas se recargan de objetivos, pretendiendo hacer mucho en poco tiempo: ej. establecer el vínculo, valorar una situación, valorar el recurso idóneo, conocer a la mayor parte de miembros de la familia y conocer las distintas dependencias de la casa...; y todo ello en una sola visita de cuarenta minutos.

Este tipo de visitas barrocas en cuanto a sus pretensiones, no siempre ayudan en el proceso, sino pueden ser generadoras de resistencias en el momento o en el futuro. Toma sentido en estos casos el mensaje de Auslos (1988) de que “no hay familias resistentes, sino profesionales impacientes” (p.38).

Según los casos, quizás para cada uno de los objetivos antes enunciados, sería preciso una o varias visitas, siempre y cuando sean consideradas estas (visitas) como una forma particular de intervención más que como un proceso administrativo. También habría que visualizar en este punto las resistencias de los servicios a favorecer las condiciones necesarias para que los/as trabajadores/as sociales puedan hacer visitas en la forma y tiempos necesarios.

-Resistencias como fenómeno complejo:

Entender las resistencias como parte del proceso, exige realizar una mirada mayor, más amplia, más abstracta, una lectura más compleja del fenómeno y su relación con la intervención en el espacio doméstico. Desde esta mirada, el/la trabajador/a social favorecerá acciones tendentes descubrir los significados y funciones que la resistencia encierra, y no solo las resistencias de las familias, sino también las del propio trabajador/a social, las de los equipos y los servicios.

Anderson & Stewar (1988) apuntan que si los terapeutas (entiéndase que está misma afirmación es posible aplicarla también a trabajadores/as sociales que realizan intervenciones terapéuticas), tienen la habilidad de reconocer las resistencias, y sus funciones en la familia, podrán responder positivamente y efectivamente, evitando, venciendo e incluso utilizando la resistencia como vehículo para el cambio. En esta línea “no se trataría pues de trabajar contra la resistencia, sino con la resistencia que se puedan presentar en el sistema terapéutico” (p.66). La contra-resistencia, implicaría redoblar los esfuerzos para vencerla, en tanto que el trabajo con-la resistencia supone comprenderla en su contexto, leer los mensajes implícitos y explícitos que conlleva.

Positivar la resistencia no es un trabajo fácil, siendo necesario una instrucción y entrenamiento para ello. Llevado al terreno de la visita domiciliaria supondría entender y aceptar las limitaciones que puedan poner a ser visitados o cuando están siendo visitados. Al señalar esto, conviene detenerse un momento a apuntar que cuando una persona y/o familia es dependiente de una prestación o servicio, o está siendo estudiada para una prestación asistencial, o forma parte de un programa de control (absentismo, maltrato, consumo de sustancias...), o está siendo evaluada para recibir un dictamen (dependencia, discapacidad, idoneidad...)... está maniatada para mostrarse francamente resistente. Es un cliente cautivo del servicio y del/los profesionales que le han correspondido, con lo cual sus manifestaciones de resistencia en general, y a acciones

dentro de la visita en particular, no siempre serán evidentes y ostensibles, sino más bien sutiles.

Dicho lo anterior, el ejemplo lo encontramos cuando se hacen visitas a propósito de una situación de control, es frecuente que aunque se solicite la concurrencia en el domicilio de todos los miembros de la familia (o de algunos de ellos especialmente señalados), en la primera o segunda visita, termine quedándose presente el miembro a quien se le delega el asunto en cuestión. La inasistencia a la visita, la deserción durante la misma, o la entrada y salida intermitente cuando el/la trabajador/a social está visitando, puede ser entendida como una expresión de resistencia.

Leer lo anterior en términos *con* y no *contra*, implica en primer lugar: revisar el procedimiento que está empleando el trabajador/a social y el servicio en el abordaje del caso, la percepción que tienen del/la trabajador/a social, la valoración que se tiene de los ausentes en las visitas (despreocupados, faltos de interés, poco colaboradores...), etc.. Y en segundo lugar, intentar vincular con los mismos, connotar positivamente sus conductas ante las acciones del profesional durante la visita (y fuera de la misma), visibilizar esa inasistencia como una fortaleza y una forma de fuerza de protección, etc.

1. 6. LA VISITA DOMICILIARIA COMO TÉCNICA DEL TRABAJO SOCIAL.

La visita domiciliaria, ¿es simplemente una entrevista en el domicilio? o ¿es una técnica diferenciada empleada en trabajo social?. Estas preguntas son pertinentes, ya que en algunas definiciones se considera la visita domiciliaria como técnica y en otras como entrevista domiciliaria. También son oportunas, ya que la consideración de la visita domiciliaria como una técnica nos llevaría a elevarla a una categoría técnico-científica mayor y no a una mera actividad que realiza el profesional fuera de su despacho. En este punto de la tesis, pretendo hacer una reflexión con la consideración de la visita domiciliaria como técnica diferenciada. Desde mi perspectiva, la consideración de la misma como técnica es trascendente, para ello se revisarán los requisitos que conllevan las técnicas para ser consideradas tales.

La tradición en el trabajo social denomina y reconoce el concepto de visita domiciliaria, tanto históricamente como actualmente. Fuera del trabajo social, tanto en otras disciplinas como en la población en general, también se le reconoce haber desarrollado y seguir desarrollando esa acción profesional con la denominación visita domiciliaria, siendo considerado éste, una acción profesional destacada entre los desempeños que realizan a los/as trabajadores/as sociales.

En algunas definiciones o referencias a la visita domiciliaria, la entienden como una *entrevista domiciliaria*, ante ello cabría preguntarse, si realmente es una técnica diferenciada, o simplemente es una entrevista en un lugar diferente al despacho del/la trabajador/a social. Cuando se dice *entrevista domiciliaria*: ¿se está tomando la parte por el todo?, ¿toda la visita es una entrevista al uso?.

No es fácil responder a las preguntas anteriores, sobre todo porque en este terreno de delimitar la visita domiciliaria como técnica no se han encontrado desarrollos específicos, ni tan poco en la diferenciación de la visita domiciliaria de las técnicas que la componen. Puede ser incluso hasta un análisis estéril entrar en estos matices.

A mi modo de ver no, ya que la apreciación de la visita domiciliaria como técnica diferenciada y específica, que responde a unos modelos de intervención y unas teorías de referencia, la invisten de gran valor y consideración en el campo científico, técnico y profesional, pasando a formar parte del grueso de las técnicas de intervención, y no solo un mero acto profesional fuera de las dependencias del centro de trabajo.

Considerar que todo lo que conlleva hacer una visita (antes, durante y después), no tiene la consideración mínima de técnica, es infravalorar la visita desde mi punto de vista. Así para el desarrollo de la misma es preciso: el despliegue de habilidades y pericias específicas, la adaptación de la metodología de intervención, la sobreexposición que tiene el profesional, el manejo solvente, la flexibilidad y adaptación a situaciones cambiantes e inesperadas, la finura que tiene que tener el profesional al moverse en el delicado terreno de lo íntimo (hogar), la preparación previa y los registros y análisis posteriores, las implicaciones éticas a las que está sometido el trabajador/a social al visitar, etc., etc.

La visita domiciliaria como técnica, no estaría por debajo de la consideración de otras técnicas ya reconocidas, como por ejemplo: el reflejo, la paráfrasis, el reencuadre, confrontación, focalización, reecuarde, inmediatez, silencio... que nadie discute como tal (Roji, 1988; Ochoa de Alda, 1995; Minuchin, & Fishman, 1992). Se da la circunstancia de que todas estas técnicas se pueden desarrollar también dentro de una visita. Es decir, que es posible considerar a la visita domiciliaria como *técnica de técnicas*, como *macrotécnica* o apreciarla como una *técnica contenedora de otras*

muchas técnicas o subtécnicas, sin perder su esencia ni las unas (técnica) ni la otra (visita).

En las distintas definiciones detalladas en el apartado sobre la *conceptualización de la visita domiciliaria*, encontramos que en el contexto sanitario tienden a identificar la visita domiciliaria como: instrumento, acción, encuentro, acercamiento, actividad, atención de salud, actividad de campo, conjunto de actividades, atención proporcionada en el domicilio, base instrumental, forma tradicional, servicio prestado en el domicilio, actividad práctica. Y a nivel de la visita domiciliaria laboral se la destaca como: una entrevista en la residencia, actividad complementaria, instrumento, entrevista familiar, herramienta diagnóstica, etapa del proceso, acción.

Sin embargo en las definiciones encontradas sobre visita domiciliaria en el trabajo social hay una tendencia clara a considerarla como: técnica, técnica del trabajo social, técnica de trabajo, técnica inherente al trabajo social, técnica privativa del trabajo social, técnica de actuación profesional. El interés de los autores de las definiciones tiene una orientación clara a la consideración de técnica.

Se podría decir, que tomando las definiciones de visita domiciliaria de los/as trabajadores/as sociales, hay una mayor tendencia a definir la visita domiciliaria como técnica, ya que esta se encuentra en un nivel destacado entre las otras técnicas que se emplean en la intervención. Esta consideración más nítida como técnica por parte de los trabajadores/as sociales posiblemente tenga que ver con la idea de dotar de una mayor relevancia científica a la acción de visitar los casos en sus domicilios, suponiendo la visita una plasmación práctica y directa de la aplicación de los procesos metodológicos inspirados estos por los distintos marcos teóricos.

Además, la tradición en el trabajo social la denomina claramente como *visita domiciliaria*, y no como *entrevista domiciliaria*, no se puede olvidar que ésta tiene un

carácter fundacional en la profesión, y un profuso recorrido histórico como ya indicamos en el apartado sobre aproximación histórica.

Para reflexionar sobre la visita domiciliaria como técnica, nos vamos apoyar especialmente en Teresa Rossell (1993), en algunas afirmaciones que hace en su libro sobre *La entrevista en trabajo social*, si bien antes vamos a citar algunas definiciones de otros autores sobre lo que entienden por *técnica*:

Conjunto de procedimientos, recursos y medios puestos en práctica para obtener un resultado determinado, [...]uso y aplicación sistemática de conocimientos científicos(u otro conocimiento organizado) a tareas prácticas para lograr resultados específicos y alcanzar metas preestablecidas. (Kruse, 1976, p.45-46)

Las técnicas pueden ser entendidas como el conjunto de procedimientos y recursos de los que se sirve una ciencia. También como la pericia y la habilidad para usar estos procedimientos y recursos. Así, entendemos que las técnicas como tal son construcciones sin sentido, son más bien instrumentos de una teoría o de varias, que a su vez se desprenden de concepciones científicas respaldadas epistemológicamente. (Ariño, 1990, p.10)

La técnica es el conjunto de conocimientos, procedimientos, recursos y medios puestos en la práctica para obtener un resultado determinado. Existen técnicas para todas las actividades humanas. (Ander-Egg, 1988, p.312)

La técnica representa la manera de hacer efectivo un propósito bien definido. Indica el modo o la forma de actuar efectiva para alcanzar una meta. (Pérez Serrano,1993, p.73).

Saber práctico que permite la utilización racional de unos instrumentos para la obtención de resultados determinados. (Colomer, 1989, p.123)

En todas estas definiciones sobre *técnica*, encontramos que éstas son la aplicación práctica de los conocimientos científicos. Las técnicas como procedimiento, medio o recurso... pretenden hacer efectivo los conocimientos, concepciones y saberes científicos. La técnica tiene un sentido práctico, que requiere pericia y habilidades para la obtención de resultados (fines o propósitos).

De esta y otras definiciones, para mí la expresión más sintética y aclaratoria es la que dice Ariño (1990) al señalar que técnica es un “instrumento de una teoría” (p.10). Creo que en estas palabras se concreta la esencia que las técnicas tienen. Las teorías (conocimientos científicos) nos ayudan a comprender los fenómenos y ver sus interrelaciones, los modelos de intervención nos ayudan a plantear el cómo llevar a cabo la intervención, sin embargo las técnicas nos ayudan a como hacer efectivo en la práctica todo ese conocimiento. La visita domiciliaria sería una de esas técnicas que se situarían en el terreno del *hacer* bajo la inspiración del *saber*.

Como señalaba antes, me serviré de las aportaciones de Teresa Rossell sobre su concepción de *técnica*, para argumentar que la visita domiciliaria es una técnica en sí misma. Rossell (1993) entiende por técnica:

la utilización consciente e intencionada de conocimientos, procedentes de la teoría, de la experiencia y de otras fuentes de información, que el trabajador social transforma en conducta mediante la relación que establece con el cliente. De esta manera, una profesión hace suya una técnica cuando utiliza de forma operativa y sistemática unos contenidos teóricos para lograr sus objetivos profesionales. La técnica de la entrevista en el trabajo social tiene unas características diferentes que en otras profesiones, porque los objetivos y el ámbito de aplicación son también diferentes. (p.64)

Si entendemos la visita domiciliaria como técnica, las partes que contiene esta definición de Rossell pueden ser perfectamente aplicables a la visita domiciliaria como tal, en tanto que en su implementación emplea de manera consciente e intencionada una serie de conocimientos obtenidos a través de las teorías que dan soporte a los modelos de intervención. También mediante el saber que aporta la experiencia de visitar de manera habitual y reiterada los casos; así como los aportes obtenidos por ese “capital acumulado de experiencia” (Tonon, 2005, p.55) que tiene el trabajo social entorno a la visita domiciliaria tras más de un siglo de recorrido práctico.

Siguiendo con Rossell (1993), ésta añade que “..una profesión hace suya una técnica cuando utiliza de forma operativa y sistemática unos contenidos teóricos para lograr sus objetivos profesionales” (p.64). Esto es justamente lo que le ocurre a la visita domiciliaria en el trabajo social, la profesión la ha hecho suya, la ha construido y adaptado, aplicándola al objeto propio de la profesión. Y la ha incorporado al elenco de técnicas que son aprehendidas y practicadas habitualmente, ejecutándola con los automatismos propios de aquellas técnicas que han sido interiorizadas. Como señala Minuchin (1992) al referirse a las técnicas: “las técnicas hay que aprehenderlas y olvidarlas” (p.15). En el caso de la visita, tal es su grado de interiorización, y de aplicación, que se ha convertido en parte del cotidiano de los trabajadores/as sociales, quedando en la invisibilidad de la práctica.

Hago un breve inciso para conectar esta última idea del párrafo anterior, con la cotidianidad ya mencionada en el apartado correspondiente en esta tesis, en este caso no no referido a la cotidianidad de las familias visitadas, sino a la cotidianidad de los propios trabajadores/as sociales. La visita domiciliaria se conforma en una acción tan automática y cotidiana para los trabajadores/as sociales, que ha pasado casi inadvertida en su reflexión científica dentro de la profesión. Es practicada de manera constante en la intervención diaria, sin embargo silenciada, eclipsada, y apenas considerada en el haber de la literatura científica de la disciplina. Volviendo a citar a Quiroga (1981) recordamos que decía que lo supuestamente obvio es lo más desconocido:

La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo que se experimenta pero es un mundo intersubjetivo, social y compartido con otros. Y este modo de vivir se transforma en un mecanismo no consciente. Se vive sin cuestionamientos. ¿Cómo es posible?, lo es desde el mecanismo de naturalización de las cosas que es ideología dominante, parece un orden preestablecido e inmodificable, que no puede ser interrogado. Lo obvio es lo más desconocido. ¿Que es la crítica a la vida cotidiana?: es un análisis objetivo de un hecho, examinarlo, lo que sería opuesto a lo ingenuo, hay que

plantearse interpelar el hecho, problematizarlo es desmitificarlo, se supera los mitos, las ilusiones con relación a los hechos. Se busca las leyes internas de su esencia. (p.12)

La visita al domicilio para el trabajador/a social, es frecuente y recurrente, y pasa desapercibida, pero no por ello deja de ser valiosa e imprescindible en la práctica profesional. Quizás el contemplarla de manera difusa como técnica, no darle la solemnidad técnica que este acto profesional tiene, ha dificultado su reflexión científica de manera específica. El que esto se haya dado así, no le resta valor, sino al contrario la convierte en centro de interés para el análisis. De alguna manera, la reflexión teórica y los resultados de investigación que aporta este tesis, son un modesto intento de poner en valor la misma, dándole protagonismo y resignificándola.

Siguiendo con Rossell (1993), apunta que la técnica de la entrevista en trabajo social tiene unas características propias y diferenciales a las de otras profesiones, ya que tiene objetivos y ámbitos de aplicación diferentes. Podríamos extrapolar esta afirmación por extensión a la visita domiciliaria. Primero, porque la visita contiene a la entrevista misma; y segundo, porque la visita en el trabajo social tiene un marcado sentido holístico e integral acerca de las situaciones que viven las personas y las familias que son visitas por los/as trabajadores/as sociales. Los/as trabajadores/as sociales, tanto por su historia, como por su naturaleza profesional, están claramente orientados a la visión holística de las situaciones.

Finalmente Rossell (1993) señala que:

...las técnicas no pueden ir desligadas de un cuerpo científico que servirá de referencia y que apoyará y dará fiabilidad a la actuación específica del profesional, ni pueden estar vacías de conocimiento ideológicos que darán dirección a la actuación. (p.64)

Respecto a lo primero, vendría al caso la metáfora del “cuerpo humano y la intervención social” que empleo a nivel pedagógico; en ella visualizamos el cuerpo

humano como metáfora de la intervención social, donde el *tronco* sería el cuerpo teórico (las teorías), las *extremidades* serían los modelos de intervención; y los *dedos*, representaría las técnicas e instrumentos con los cuales se lleva a cabo la intervención. Así, la visita, simbólicamente formaría parte de esos *dedos* con los que se interviene, con los que se establece el contacto y el vínculo con los usuarios/familias, y que permanecen unidos al resto del cuerpo, es decir, a los marcos referenciales que le dan sentido.

Sobre lo segundo, el contenido ideológico, no se puede obviar la carga ideológica que orienta al trabajo social. A lo largo de su historia, el trabajo social y los trabajadores/as sociales no han sido neutrales ideológicamente, la propia creación de las disciplinas, y su devenir histórico tiene bases ideológicas. En el mismo sentido señalar que el trabajo social está interconectado con las políticas sociales, y éstas lógicamente se articulan sobre bases ideológicas, para Zamanillo (1990):

El Trabajo Social nació como una profesión totalmente vinculada a una práctica de ayuda, nunca extinguida en la historia de los hombres, por lo que ha conservado siempre su carácter pragmático, aunque no está exenta de unos valores y una ideología que le dio forma y consistencia. (p.21)

La visita domiciliaria no es ajena a ello, la micro-acción de visitar está interconectada con la ideología: del visitador/a, de la institución que lo contrata, del sistema social y político vigente en el momento, con el poder y contrapoder presente en las estructuras sociales... Es decir, que un simple acto de visitar profesionalmente un domicilio responde a toda una concepción ideológica mayor. Así, podemos ver que visitar ha tenido distinto cariz a lo largo de la historia del trabajo social: adaptar, moralizar, proteger, vigilar, incluir, ayudar, apoyar, castigar, reeducar, empoderar....

Vicente de Paula Faleiros (1972) dice que:

el trabajo puede ser visto como una ideología, sus diferentes prácticas o formas ideológicas, que hacen de ella una praxis, tanto en nuestra vida cotidiana, la manera en cómo podemos intervenir en el desarrollo de la sociedad, en la forma como obtendremos soluciones al desarrollo de un fenómeno o un problema, en cuanto a diferentes componentes o diversos contextos que nos rodean a diario en nuestra sociedad y cómo intervienen los métodos de análisis como lo son: la denotación y la connotación en el sistema (la ideología liberal, la desarrollista y la perspectiva revolucionaria) en la que cada una de ellas se enfoca de una manera objetiva al desarrollo de la sociedad tomando diferentes puntos de vista. (p.1 <http://es.calameo.com/read/000998592e1f924310c9a>)

1. 6. 1. La visita domiciliaria como técnica de técnicas.

Como ya se apuntaba, la visita domiciliaria puede ser considerada en si misma es una macrotécnica, primero porque contiene a la entrevista que en si misma también lo es, y además a la observación. Así mismo, la visita domiciliaria tiene aspectos técnicos propios y específicos. Para llevar a cabo la visita es preciso conjugar armónicamente varias técnicas al amparo de la entrevista, y con su correspondiente repertorio de sub-técnicas que la componen. La observación con alguna de sus variantes también se hace presente de manera protagonista. Se pueden emplear además otras muchas técnicas no incluidas necesariamente en las anteriores (de evaluación, de representación gráfica, sociométricas, demográficas, etc.) que se emplearán según los contextos de intervención y las situaciones atendidas.

En esta reflexión, no se trata de oponer la visita a la entrevista para diferenciarla a ultranza, sino entender la visita como técnica contendedora de otras muchas técnicas (y subtécnicas), muchas de las cuales se implementan al amparo de la entrevista. Así esta reflexión surge más en conexión con la entrevista que con la observación, en la medida que no se recoge ninguna definición o conceptualización de la visita domiciliaria que iguale o asimile visita domiciliaria a observación. No se ha encontrado ninguna referencia del tipo visita domiciliaria igual a *observación domiciliaria u observación en el domicilio*, aunque si se recoge en el cuerpo de definiciones que se

emplea la técnica de la observación misma. Sin duda, la observación es tan o más relevante que la propia entrevista como técnicas que se implementan en el domicilio, ya que de no ser así, no haría falta ir al domicilio, y directamente hacer la entrevista en el despacho.

Algunas definiciones y/o conceptualizaciones si entiende la visita domiciliaria como una *entrevista en el domicilio*. A la vista de los aportes cabría preguntarse: ¿La visita domiciliaria es más entrevista que observación o viceversa?, o quizás algo diferenciado de ambas pero conteniendo armónicamente a ambas (y a otras técnicas); lo que antes señalaba como el *todo* y la *parte*.

Desde mi perspectiva esta discusión no es del todo fructífera en la medida el todo contiene a las partes y viceversa; para Morín (2000) “el principio hologramático señalando que no solo la parte está en el todo, sino que el todo está en la parte [...] desde la lógica recursiva que aquello que adquirimos como el conocimiento de las partes reentra sobre el todo” (p.107). Así que en algunos casos la visita domiciliaria conlleva el empleo más de la técnica de la entrevista (con sus sub-técnicas que la hacen efectiva), y en otras primará más la observación, y en otras, las dos por igual. La visita no sería tal sin la entrevista y la observación, y eso que se denomina entrevista en el domicilio por algunos autores/as, no es otra cosa que una visita domiciliaria.

En cualquier caso ambas son los dos pilares imprescindibles para dar cuerpo y sentido a la visita domiciliaria. Se da incluso la circunstancia que cuando se realizan visitas en pareja de profesionales (co-visitas, dupla), se produce de común un reparto en la ejecución de ambas técnicas, uno/a se dedica más a la conducción de la entrevista y el otro/a a observar. (González Calvo, 2014)

Entrevistar y observar no es exclusivo de la visita, de igual manera, cuando se hacen entrevistas en el despacho, también se emplea la observación. Sin embargo, la

observación que se hace en la visita domiciliaria es más exigente, el campo es más amplio, los detalles son más numerosos, el entorno es menos conocido... y todo esto exige más del/a trabajador/a social. Mientras en el despacho, básicamente se centra en la observación del lenguaje no verbal de los entrevistados, dado que el entorno del despacho es del todo conocido.

1. 6. 2. Otras consideraciones acerca de la visita domiciliaria.

En este apartado me he centrado en la consideración de la visita domiciliaria como técnica, para terminar se aportan otras consideraciones sobre la misma. Cecilia Salazar (1993) en su libro titulado *La visita domiciliaria en el programa de salud familiar* escrito en el ámbito sanitario, y ampliamente citado no solo en el contexto sanitario, apunta que “la idea global de lo que se entiende por visita domiciliaria solo es posible mediante la observación de la proyección multidimensional de la misma” (p.115). Entiende que desde la perspectiva que sea estudiada y del objetivo específico se proponga puede ser definida de distintas formas. Esta autora considera la visita domiciliaria en el ámbito de la salud como: *actividad, técnica, programa y servicio*. Esta clasificación de Salazar (1993) es replicada en numerosos documentos (artículos, blogs, presentaciones, etc.) por otros autores/as.

Partiendo de la clasificación de Salazar, ésta puede ser aplicable a las visitas domiciliarias de los/as trabajadores/as sociales en todo o en parte, y ampliable con otras consideraciones junto a la ya mencionada como *técnica* propiamente dicha.

Así la consideración que como *actividad* situaría la visita domiciliaria dentro del conjunto de otras actividades que desarrollan los/las trabajadores/as sociales como son las gestiones, redacción de informes, memorias, reuniones, etc. en el marco de su

profesión y como parte de su quehacer cotidiano. La consideración como *recurso* en tanto el trabajador/a social, como el equipo profesional, y/o la institución entienden que realizar visitas puede favorecer la prestación de determinados servicios, fomentar la presencia de la institución en la comunidad y los domicilios. Esta idea se correspondería en cierta medida con la apuntada por Salazar cuando la define como Programa y/o servicio . Como *estrategia*, entendida la visita como parte de una maniobra profesional y/o institucional con vista a conseguir un determinado resultado favorable (ej. mediante secuencia de visitas: motivar la participación en el contexto escolar y prevenir el absentismo escolar, prevenir situaciones de abandono o malos tratos de menores o mayores...). Como *instrumento* entendiendo éste, aunque se emplea por muchos autores como sinónimo de técnica, como el conjunto de diversas técnicas que combinadas adecuadamente sirven para un determinado objetivo. Esta aproximación se acerca con gran similitud a lo antes he señalado de la visita domiciliaria entendida como macrotécnica o técnica de técnicas. Y como *acto profesional*, entendido como aquella acción “voluntaria”, lícita, consciente, intencional, científica, formal, positiva, con efectos, que consume tiempo y esfuerzo, y tiene costes, y que para poder llevarse a efecto, tiene que ser reconocida por la otra parte.

1. 6. 3. La visita domiciliaria considerada como acto profesional.

Me detengo a ampliar la consideración de la visita domiciliaria como acto profesional en la medida que quien suscribe la ha venido definiendo como tal durante años (González Calvo, 2003). Mi propia evolución acerca del fenómeno de la visita domiciliaria me ha llevado actualmente a privilegiar la consideración de la misma

como técnica, sin obviar el que es un acto profesional, ambas consideraciones no son incompatibles.

Luego para mí, la visita domiciliaria es una técnica del trabajador/a social y a la vez un acto profesional que ejecutan los/as trabajadores/as sociales. La consideración de técnica estaría más en la discusión científico-técnica juntos con las teorías, modelos, metodologías, etc. revistiendo un carácter atemporal. Sin embargo, la consideración de acto, nos inscribe más en el ejercicio profesional *in situ*, en momentos concretos, y junto actos profesionales propios del oficio, revistiendo más un carácter temporal concreto de ejecución.

Para Aristóteles (1964), el *acto* es la consecuencia de la acción. La Enciclopedia Jurídica virtual (<http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com>) entiende que un acto, es una manifestación de voluntad destinada a producir efectos de derecho. Manifestación de voluntad o de fuerza. Hecho o acción acorde con la voluntad humana. Instante en que se concreta la acción.

Los actos implican el resultado dinámico de la aplicación de una fuerza a una situación u objeto para su correspondiente modificación. La energía contenida en tal dinámica generará el cambio que desea el autor, siempre y cuando se lo permita la resistencia del objeto que sufre la acción.

Desde el trabajador/a social, para Teresa Zamanillo (1990), la “Ciencia, técnica y relación humana son los tres elementos esenciales de nuestro acto profesional (como trabajadores/as sociales)” (p.29). El Consejo de Colegios Oficiales de Trabajadores Sociales de España, en el artículo 7 (capítulo II) del Código Deontológico del Trabajo Social (2012) se reconoce el principio de “Libertad: La persona, en posesión de sus facultades humanas, realiza todos los actos sin coacción ni impedimentos”. (http://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)

Los profesionales, ejercen su profesión mediante actos, así la visita tendría la consideración también de tal. Entiendo que la escasa consideración en España de la visita domiciliaria como acto profesional, y si más como acción profesional, viene de la mano del masivo desempeño profesional por cuenta ajena, y especialmente en el ámbito de las administraciones. Así, la visita forma parte del resto de actividades que el profesional realiza durante su tiempo de dedicación laboral, y no facturando emolumentos o minutas por las misma/s, sino que cualquier acto profesional (incluida la visita) va incluida en los honorarios general.

Si la visita se realizara como parte del ejercicio libre de la profesión tendría un coste claramente especificado en las tarifas profesionales (igual ocurre con la emisión de informes, peritaciones, elaboración de proyectos, entrevistas, sesiones grupales...), ya que consume tiempo, esfuerzos, requiere competencia profesional, y conlleva desplazamientos, riesgo, etc. Con ello, el acto de visitar sería mucho más claramente percibido tanto por el propio trabajador/a social como a quien se le prestara servicios (individuos, familias, instituciones...). Esta percepción está claramente asumida por otros profesionales que ejercen libremente y que de común realizan intervenciones en el domicilio, facturando por dicho acto profesional específico.

La condición necesaria para llevar a cabo este acto profesional (visitar), es contar con la aceptación de la otra parte, el usuario/familia consienten y aceptan la entrada en su domicilio del trabajador/a social para el cumplimiento de los fines propios de su oficio, y sobre la base de una relación profesional sujeta la ética profesional y las normas de la institución donde el/la trabajador/a social trabaja.

Las características de la visita como acto profesional serían:

1. Una *acción profesional* inscrita dentro del repertorio de acciones que un profesional del trabajo social en ejercicio puede desarrollar. Puede ser una acción

profesional auspiciada por una institución donde el trabajador/a social se desempeña profesionalmente, o bien en el marco del ejercicio libre de la profesión.

2. *Lícito* tanto por cumplir los requisitos legales (no ir contra ley), y también por cumplir con los requisitos éticos de la profesión, ajustándose a los códigos deontológicos formalmente establecido por los órganos gremiales. De extrema importancia es el guardar el secreto profesional no solo sobre lo hablado, sino también lo observado en el espacio de intimidad como es la casa.

3. *Voluntario*, formalmente el profesional no estaría obligado a realizar una visita domiciliaria contra su voluntad por entender que ésta (visita) no se ajusta a criterios legales, profesionales, técnicos, éticos... u otra índole (visita impuesta). El trabajador/a social puede recibir una petición administrativa de intervención de la mano de un juez/a, fiscal... en relación un caso, y que dicha petición conlleve la realización de una/s visita/s al caso en cuestión. Se entenderá que dicha petición se ajustará a los requisitos legales y profesionales, y que no irá contra los mismos. Estaríamos hablando en estos casos de una característica de los actos profesionales que pueden ser incluidos dentro de “reglados y/o de trámite”.

De otra parte, los profesionales de trabajo social por cuenta ajena, también se pueden sentir “obligados” (inquiridos, solicitados) a realizar visita por parte de sus superiores; o bien, cuando estas visitas forman parte de un procedimiento o requisitos en la gestión de algún servicio o prestación, con lo cual la idea de “voluntariedad” del profesional quizás queda condicionada en estos casos, por un cierto grado de obligatoriedad.

4. *Consciente*, se supone que este acto de visitar es pensado, meditado, reflexionado acorde con las necesidades del caso y del trabajador/a social... precisando justificadamente para la intervención con el caso el contacto directo con el ecosistema

del usuarios/familia. No sería un acto irreflexivo, intuitivo o improvisado, o sobre la base de una relación social no profesional.

5. *Intencional*, en la medida que este acto profesional tiene un objetivo/s, persigue unos fines, está orientado a la consecución de algo (observar, constatar, conocer, potenciar, evaluar, promover, etc.). Formaría parte de una intervención mayor, o una estrategia dentro de la actuación con el caso.

6. Con *efectos*, el acto de visitar profesionalmente produce efectos, no es un mero acto neutro, sino que al ser intencional genera consecuencias, en algunos casos será un paso más en el establecimiento de la relación de ayuda, en otros una contribución parcial o definitiva a una evaluación-valoración de situaciones concretas (estado de una vivienda, deterioro de las relaciones familiares, nivel de dependencia de un miembro, efectos de las barreras arquitectónicas en los convivientes, calidad del entorno para una futura acogida de un menor...). Las decisiones técnicas que un/a trabajador/a social pueda tomar en forma de diagnósticos-dictámenes-valoraciones (efectos) no solo se corresponderán con la/s visitas, pero si puede ser de suma importancia la/s mismas, y algunos casos ésta (visita) resulta definitiva.

7. *Acción científico-técnico*, la ejecución de la visita como técnica, responde a unos criterios de orden científico-técnicos auspiciados por unos marcos teóricos y modelos de intervención que la inspiran, y no solo en base a procedimientos burocráticos sin más.

8. *Formal*, ya que el acto de visitar estaría contextualizado en el marco de la intervención que se esté llevando (o se inicie) con el caso. Para ello estaría formalmente anticipada y acordada bien de palabra, carta, telefónicamente... o cualquier otro procedimiento que le de formalidad al hecho de presentarse el trabajador/a social en un domicilio.

Como se apunta en este trabajo se dan las visitas domiciliarias sorpresivas, las cuales no cumplirían completamente con la formalización previa del acto. La formalización del acto puede ser más o menos solemne dependiendo de los contextos y temática donde se produce la intervención (ej. en algunos contextos y casos se precisa la firma del consentimiento informado antes de realizar la visita, o el aviso por carta certificada y con acuse de recibo antes de realizar una visita, etc.)

9. *Positivo*, el acto de visitar persigue fines positivos, beneficiosos, útiles, terapéuticos para la/s personas visitadas (ej. extensión de un derecho mediante una prestación, protección de un derecho de menores, ancianos...), aunque no todos los convivientes lo tengan que percibir así (en positivo). En ocasiones las intervenciones en la línea del control no son percibidas como beneficiosas para la familia y si para el servicio, la delgada línea que separa la ayuda del control es siempre objeto de debate en la profesión.

10. *Unilateral-Bilateral-Multilateral*, el acto de visitar se correspondería a una intención y demanda, bien a instancia de parte: trabajador/a social, miembro demandante, familia, otro profesional, equipo, servicio; o bien por petición y acuerdo de varias partes, incluyendo otros servicios externos a donde el trabajador/a social en cuestión se desempeña debido a derivaciones.

11. *Gratuito u oneroso*, dependiendo de si visitado/s tendría que pagar alguna minuta al profesional directamente; o no les supondría coste alguno, por estar incluidas en los servicios que como ciudadanos tienen derecho.

12. *Consume tiempo y esfuerzos*, el acto profesional de la visita domiciliaria necesitan su tiempo, de común(en el trabajo social) ésta consume más tiempo que el trabajo en el despacho del centro de trabajo, por cuanto hay que incluir los tiempos del desplazamiento y localización, y los ritmos propios de las fases de recepción y acogida,

estancia en el domicilio, recorrido por algunas estancias (si procede), etc. Especial significación tiene este apartado dependiendo de si el acto de visitar los realizamos en el medio rural donde un profesional puede abarcar varios municipios o ciudades con problemas de tráfico, aparcamiento, etc.

1. 6. 4. La visita domiciliaria como técnica sigue una secuencia metodológica.

La visita domiciliaria como técnica, estará inserta en modelos de intervención que a su vez se sustentan en teorías. En su ejecución, la se articulará siguiendo una metodología definida por fases o pasos, con el fin de conseguir unos objetivos coherentes con en el plan de trabajo con los casos.

La implementación de la visita domiciliaria entendida como técnica, no debe improvisarse, y menos constituir un acto reflejo e irreflexivo; sino más al contrario, la visita debe estar inserta en el proceso metodológico que se esté aplicado con el caso. Como ya se ha afirmado, la visita domiciliaria es un instrumento que está al servicio de la intervención y no un fin en si misma. Una acción tan delicada como entrar en un domicilio, debe ser cuidadosamente preparada. Se pretende que este acto profesional, contribuya de manera significativa en el plan de intervención con los casos. Se hace preciso anticipar y prever los detalles a tener en cuenta en cada caso, siendo consciente del alto nivel de incertidumbre que se genera al visitar, al tratarse de un entorno ajeno y escasamente controlado. La aplicación de una metodología evitará la realización de intervenciones domiciliarias meramente intuitivas. Por el contrario estarán sujeta al rigor técnico y bajo los principios del modelo/s de intervención de referencia, sin perder la flexibilidad y adaptación necesarias para situaciones cambiantes.

En las referencias localizadas, se aprecian dos propuestas metodologías que siguen una secuencia de fases o pasos. La primera, se la podría denominar “Básica”,

siguiendo la estela del *Método Básico* del trabajo social. La segunda, Quiroz (1994) al amparo del modelo sistémico, la denomina de los “10 pasos”.

- *Metodología Básica:*

Podemos encontrar referencia sobre la misma, no tanto en desde el trabajo social como desde otras disciplinas especialmente desde el ámbito sanitario. Orientaciones para la Visita Domiciliaria Integral del Ministerio de Salud de Chile (2009); Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012: 11-13); Cubillos (2007); Roca & Veda (2000).

Las fases/etapas que señalan estos autores para la visita domiciliaria son: Fase de Programación; -Fase de Ejecución y dentro de la misma distinguen tres momentos: (Inicial, Desarrollo, Exploración y acción, Cierre): -Fase de Evaluación.

Zuliani y Villegas (2012:) señalan los momentos (o también denominan eslabones) siguientes: preparación antes de la visita (consulta, planeación institucional y familiar, instrumentos), durante la visita (ambientación en el domicilio y valoración de la familia) y después de la visita (registro/evaluación, diagnóstico integral y plan de intervención). AIEPI (2005), señala los pasos inicio, desarrollo, finalización y seguimiento. Mendoza, V. (2007), destaca los siguientes fases: Preparación de la visita, presentación en la visita, caracterización, planificar un plan de acompañamiento, ejecución del plan, evaluación de la visita, registro de la visita. Para Andrenacci (2009:91-108) las fases de la visita domiciliaria son: La preparación, la bienvenida, la entrevista(coloquio) y la conclusión. “Le vasi principali che caratterizzano il processo della visita domiciliare sono: la presentazione, il percorso, l’accoglienza, il colloquio e la conclusione.” Para Giacomuzzi (2012: 4-9), el ingreso, observación, desarrollo, cierre y registro.

- *Metodología de los 10 pasos:*

Desde el trabajo social, Quiróz (1994a), se inspira en el Modelo de los cuatro sistema de Pincus y Minahan (x) para esta propuesta metodológica. La misma tiene los siguientes pasos (fases): 1ª Fase: Planificación de la Visita; 2ª Fase: Formulación de las Hipótesis; 3ª Fase: La llegada a la Casa; 4ª Fase: La Fase Social; 5ª Fase: La Aclaración del Plan de la Visita; 6ª Fase: La Ejecución del Plan de la Visita; 7ª Fase: La Fase Crítica; 8ª Fase: La Confrontación de las Hipótesis; 9ª Fase: La Fase Final; 10ª Fase: El análisis de los Registro.

Suscribiendo y siguiendo todas las aportaciones del modelo de Quiroz, y realizando algunos cambios, ajustes y aportaciones propias, propongo un modelo de fases para la realización de visitas domiciliarias, a modo de estructura básica y en general. Esta propuesta sufriría variaciones dependiendo del tipo de visita, de las características del contexto, de la persona/familia a visitar y del propio trabajador/a social. Se desglosa con detalle fase y pasos dentro de cada una. Como se observa, hay una modificación del número de fases respecto al modelo de Quiroz bien por agrupamiento de algunas de ellas o bien por propuesta de otras nuevas y/o variantes de las dadas. Esta clasificación sigue siendo de corte sistémica, siguiendo la Escuela de Milán, especialmente en lo referente a la hipotetización, circularidad y neutralidad.

Antes de enumerar cada fases, señalar varios aspectos que considero destacables: - La visita domiciliaria empieza en el despacho y termina en el despacho. Comienza preparándola en el despacho, definiendo objetivos, hipótesis, preparando instrumentos... y termina en el despacho completando los registros tomados y reflexionando sobre los datos aportados. - Muy importante es el contar con todos los consentimientos de la familia antes de realizar la visita y de entrar en el domicilio, evitando lo que en el ámbito comercial se llaman las *puertas frías* (o *puertas en frío*)

llegando sin avisar, y siendo intrusivos. O cuando se realizan visitas a ciegas, sin apenas conocer el caso (Toledano, 2008, p. 218).

La propuesta que presento (González Calvo, 2013)¹³, se articula en base a fases y pasos (y/o tareas), y está articulada como una lista de cotejo que permita automatizar el procedimiento. No necesariamente cada momento de la secuencia es aplicable todas las visitas, ya que el planteamiento es genérico y no particular para un centro de trabajo o tipo de visita concreto. Estas fases se pueden ver alteradas y precisan de flexibilidad y adaptación a los casos y situaciones.

1ª Fase: Preparación de la Visita.

Paso 1. Localizar el expediente.

Paso 2. Revisar el trabajo previo.

Paso 3. Definir el Objetivo de la visita.

Paso 4. Concertar fecha y hora de la visita.

Paso 5. Localizar en el plano el domicilio.

Paso 6. Organizar materiales necesarios.

Paso 7. Formular Hipótesis. O definir la utilidad que puede tener la visita domiciliaria para la hipótesis ya planteada en el caso en intervenciones previas.

Paso 8. Preparar argumentario para la familia.

Paso 9. Identificar Aspectos Críticos que se pueden dar durante la visita.

Paso 10. Opciones de Respuesta ante Aspectos Críticos.

2ª Fase: Llegada a la casa.

Paso 11. Aplicar el argumentario que explique sintéticamente el motivo de la visita

¹³ Esta propuesta forma parte de los materiales de apoyo del Curso de Entrenamiento en Visita Domiciliaria para trabajadores/as sociales, que se ha impartido en diversas instituciones (ver documento anexo).

Paso 12. Romper el hielo y distender el ambiente.

3ª Fase: Motivos de la Visita – Ejecución del Plan de la Visita – Confrontar Hipótesis – Afrontar Aspectos Críticos.

Paso 13. Poner en situación. Retomar el argumentario de entrada sobre el motivo, o recordar el último encuentro bien fuera otra visita, entrevista en el despacho, llamada telefónica, etc.

Paso 14. Cumplir con el objetivo de la visita y ejecución del Plan de la Visita. Este punto es el grueso de la visita, así si la visita es de evaluación, tratamiento, devolución, etc. es en este momento de la donde se llevará a cabo.

Paso 15. Abordaje de los Aspectos Críticos. Si bien los aspectos críticos pueden aparecer en cualquier momento de la visita, es de prever que durante la ejecución del plan de la visita, se activarán los más previsibles.

4ª Fase: Concreción y Cierre.

Paso 16. Recapitular-Resumir y Concretar Acuerdos.

Paso 17. Dar señales de terminación y definir el próximo encuentro en la intervención.

Paso 18. Despedida amigable. Atención a la revelación de informaciones no dadas en el momento de la despedida, o maniobras de alianza, etc. antes de salir de la casa, y que ya no hay tiempo de abordar.

5ª Fase: Registro y Análisis.

Paso 20. Terminar de completar las notas tomadas durante la visita (fuera del domicilio), y pasar los datos al expediente, ya en el despacho.

Paso 21. Reflexionar sobre los contenidos de la visita(fondo y forma) y los registros tomados. Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos previsto.

1. 6. 5. La visita domiciliaria como arte.

Finalmente, para cerrar este apartado de la tesis, una referencia a la consideración de la visita como un arte, o el arte de hacer visitas domiciliarias. Esta consideración como arte, sitúa a la visita en dos planos: el primero en su consideración como técnica, en tanto que aprehender las técnicas, integrarlas dentro de sí, tener un dominio sobresaliente de ellas aplicándolas con gran habilidad y maestría, las situarían en un empleo artístico de las mismas.

El otro plano, nos lleva a la historia del propio trabajo social, cuando se le ha recurrido con frecuencia a considerarlo como un arte, si la visita domiciliaria forma parte destacada del trabajo social, podría ser extensible su dimensión artística. Así el trabajador/a social “Es el arte por el que se realiza una acción con y para las personas diferentes, colaborando con ellas para lograr al mismo tiempo su mejorar y el de la sociedad” (De la Red, 1993, p.14); “Una ciencia nos enseña a conocer, un arte de obrar [...] las ciencias más perfectas lleva a la creación de sus correspondientes artes” (Moix, 1991, p.255).

“El arte es más que una mera aplicación: implica una adaptación y, por esta razón, requiere una capacidad y una habilidad, una maestría para poder realizar, es decir, necesita de un poder, y de un saber adaptar los conocimientos, a fin de lograr la unicidad creadora que el arte representa. Porque el arte supone, ante todo creación”.[...y cita a Aristóteles diciendo] Todo arte empero gira en torno a la creación” (Aristóteles en Ética para Nicómaco. (Moix, 1991, p.256).

Así podría visualizarse como artístico el manejo con armónico de situaciones difíciles e inesperadas, manejarse en un entorno incómodo y poco favorable, aprovechar el contacto que se establece en la casa para favorecer el vínculo, negociar situaciones conflictiva e incluso tornarlas como oportunidades, incorporar el humor, apreciar la sutilidad de los mensajes que portan los objetos y enseres de la casa e integrarlos en el

diálogo (encuentro dialógico) (Morín, 2000), manejar los tiempos, afrontar temas críticos en el espacio y momento adecuados, etc. Ser capaz de conjugar armoniosamente todo lo anterior y más, es todo un arte.

1. 7. EL FACTOR MULTIPLICADOR DE LA VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es un instrumento poderoso, toda vez que aporta a la intervención un plus de energía que canalizada adecuadamente puede redundar positivamente en los casos. La presencia acordada del/la trabajador/a social en el domicilio puede actuar de input en el sistema familiar, procurando la activación de los factores de compensación individuales y familiares.

De igual manera, la visita no efectuada de manera adecuada puede detonar resistencias al cambio, a la propia intervención o al profesional mismo. Manejar positivamente esta técnica, requiere pericia, conocimiento y competencia.

La visita domiciliaria actúa como multiplicador de múltiples factores (González Calvo, 2014). La visita domiciliaria, desde ese plus antes mencionado detona lo que denomino el *factor multiplicador*, entiendo por tal, el solo hecho de visitar multiplica algunos factores que en el contexto de la intervención en el despacho no están tan presentes, pasan desapercibidos, o lo están en menor medida. Resultaría difícil calcular numéricamente este factor multiplicador, sería necesario aplicar escalas adecuadas y adaptadas para medir algunos de ellos. Esta aportación se sitúa en el dato genérico, siendo conscientes que en algunos aspectos se podría multiplicar, por dos, por cuatro o exponencialmente dichos factores.

Veamos algunos de esos efectos que se ven multiplicados a partir de la visita, considerando que los aquí expuestos, indiquen directamente en el/la trabajador/a social y en la intervención misma:

- *Estímulos y emociones:*

Durante el acto de visitar, el profesional multiplica los estímulos que recibe del entorno. En el despacho el profesional prácticamente tienen controlado la mayoría de estímulos, salvo los concretos y particulares de cada caso atendido. Todos estos

estímulos ambientales le son conocidos, y se ha producido un proceso de acostumbramiento a los mismos. Sin embargo, al visitar se multiplican los estímulos que recibe, se amplían las fuentes de estímulos que el profesional puede tomar como aportes de información para la comprensión del caso. Ya, el solo hecho de salir del despacho, llegar al barrio o la calle, entrar en el domicilio, interactuar con la familia en su medio... es una fuente enorme de estímulos que el profesional recibe. Estos no son neutros, activan emociones, cogniciones, acciones... Se amplifica enormemente el campo de apreciación y percepción del caso y se rompe con el clima anodino de la oficina. La sensopercepción está completamente activada a través de todos los sentidos.

En la intervención en el despacho se pueden tener una gran cantidad vivencias cuando se está entrevistando a los casos: sus propios relatos, las situaciones que se describen, la forma de comunicación, etc., detonan en el trabajador/a social emociones, cogniciones, percepciones... Cuando se realizan visitas, se pueden tener experiencias similares, pero aumentadas debido a que la fuente de estímulos es más amplia.

En el domicilio, los relatos se hacen más consistentes, más tangibles, se materializan, se sustancian. No es lo mismo (ni para el profesional ni para la familia/miembro) hablar de un abuso, de una muerte, de una enfermedad... en el despacho sentado en una silla de oficina y rodeado de archivadores... que en la habitación o estancia donde vivía el fallecido o donde se consumó el abuso que se está relatando. Sobre la base de esto, las emociones que se activan en el profesional pueden ser más intensas al asociarlas al espacio. La geografía doméstica está impregnada de emociones y de historias, y el profesional siente esos espacios temporalmente durante la visita.

- Relación de ayuda:

Interviniendo en el domicilio, se multiplican las posibilidades para el establecimiento/fortalecimiento del vínculo con el caso, toda vez que se trabaja desde su espacio de intimidad, rodeados de elementos significativos, donde las posibilidades de comprensión empática se multiplican. Como indicábamos en el apartado de relación de ayuda, el profesional tiene la enorme posibilidad de individuar y diferenciar el caso, personalizarlo en la medida que no solo son las *caras* de las personas recibidas en el despacho, y los datos de un expediente, sino que ahora a todo eso le acompaña todo un entorno habitado y vivido. Las posibilidades de comprender, entender, sentir, conectar con la vivencia desde la vivencia (aunque sea temporal) se multiplican.

- *Resistencias:*

Junto con las posibilidades de aumentar el vínculo, también aumentan las de aparición de resistencias. En gran medida va a depender cómo la familia perciba la intervención y la presencia física del trabajador/a social en su hogar. También va a depender de las experiencias previas y/o paralelas de otros profesionales o paraprofesionales que han realizado/realizan intervenciones domiciliarias (no solo relacionadas con temas sociales o sanitarias, sino de ventas, reparaciones, etc.), y especialmente si éstas han sido percibidas por la familia como negativas o de riesgo.

Metafóricamente simbolizo este fenómeno de las resistencias creadas, como si el trabajador/a social sintiera que el umbral/escalón de entrada a la casa fuera muy alto, difícil de sobrepasar, sin que el profesional en cuestión hubiera hecho nada para ello (o incluso siendo la primera vez que visita). Cuando la familia ha generado resistencias a las visitas en general por experiencias negativas, tiene que darse un plus (multiplicar) de esfuerzos por el trabajador/a social para generar confianza.

Las resistencias múltiples (mencionadas en el apartado correspondiente) también se pueden hacer patentes al visitar, en la medida que a las citas del despacho no siempre

van todos los miembros de la familia citados, pero si es más factible encontrarse con ellos cuando se hacen visitas (aunque también se pueden ausentar). Es decir, que se puede tener un vínculo con algunos miembros y otros ofrecer resistencias; al visitarlos estar estos últimos presentes en el domicilio, la intervención se torna mucho más compleja y desafiante.

De otra parte, también se multiplican las posibilidades de resistencias en los profesionales, toda vez que se enfrenta a situaciones considerablemente diferentes al trabajo en el despacho: Incomodidad por ser un trabajo de calle, que se hace con frío, calor, lluvia...; de esfuerzo porque implica movilidad (tráfico, aparcamiento, lejanía, carreteras rurales en mal estado...); de riesgos de accidentes en el desplazamiento, inseguridad en ciertos barrios y con ciertos casos, insalubridad, contagios, etc. Sobre la base de todos estos factores, el profesional genera resistencias retrayéndose en su despacho que es un entorno más seguro. En algunos despachos puede haber hasta dispositivos antipánico o salidas de emergencia previstas ante situaciones incontroladas de algunos casos, sin embargo en las visitas las medidas de seguridad son muy escasas.

Y finalmente, resistencias de los propios servicios, en tanto que el profesional visitando no está en el centro, atiende menos casos, incrementa los costes en el presupuesto, genera agravios con otros profesionales que no visitan, desconfianza por pérdidas de tiempo cuando no está en el centro, etc.

- Riesgos éticos:

Hablar de visita es hablar de ética. En este escenario se multiplican los riesgos y dilemas éticos, toda vez que el domicilio es un espacio de intimidad y privacidad. Algunos de los riesgos éticos pueden estar motivados a partir de: la forma de advertir la visita, el acceso a la misma, la actuación dentro de la casa, el manejo de la información obtenida, los actos de hospitalidad de la familia (ej. invitar a comer, hacer regalos,

desvelar secretos...), los riesgos de proyecciones, deslizamientos, contratransferencias, etc.

- Resonancias:

Durante la entrevista en el despacho, el profesional tiene resonancias (Elkaïm, 1997), le afloran vivencias, recuerdos, sensaciones... que tienen que ver con su historia personal, familiar o de la experiencia con otros casos. Durante las visitas, esta posibilidad de aparición de resonancias se multiplican, ya que el espectro de percepciones se ha amplificado. La casa está llena de objetos, formas y colores, los sentidos se activan, y al ser seres autoreferentes afloran nuestras vivencias y experiencias previas de forma automática (Elkaïm, 1996a, 1997b).

Visitar supone un desafío constante al sistema de creencias (Dallos, 1996) del trabajador/a social. Se multiplican las situaciones que generan la congruencia o el contraste con los valores, los mitos, las normas, las formas de vivir y de habitar el espacio... que tiene el profesional.

- Interferencias:

El trabajador/a social tiene (o puede tener) muy controladas las interferencias que se producen durante las entrevistas con los casos en su despacho (teléfono, entrada de terceros, ruidos...). Para ello ha definido una serie de reglas que son conodicas por el servicio, compañeros/as y familias (ej. no me pasen llamadas, no entrar, no molestar.... mientras entrevisto). Sin embargo, cuando está interviniendo en el domicilio se dan una multiplicidad de imponderables e interferencias difícilmente controlables (ej. llegada de terceros ajenos a la familia, los ruidos del ambiente -televisor, radio, música a alto volumen, los sonidos propios de la vecindad o la calle-, la presencia de animales domésticos inquietos por la presencia ajena...); son factores que el profesional no puede controlar, a los que se tiene que adaptar para no perder el propósito de la visita. Todo

ello le supone un plus de esfuerzo de adaptación de su metodología de trabajo, a la vez que el empleo de habilidades profesionales para sortear esos obstáculos sin dejar de cumplir su cometido y sin dejar de ser respetuoso/a con los residentes. Este tipo de situaciones incontroladas (especialmente para aquellos profesionales muy controladores y perfeccionistas) se convierten en un obstáculo insalvable generando resistencias a las visitas, por la inseguridad que les provoca.

- Aumentan las posibilidades terapéuticas:

El domicilio es un escenario privilegiado para la intervención familiar. No se trata solo de visitar para *apercibirse de...*, sino para comprender a la familia y articular propuestas de intervención que también aprovechen el potencial terapéutico del espacio. Algunos casos precisan esto solo es posible hacerlo en el despacho, sin embargo otros muchos el espacio doméstico idóneo es un entorno privilegiado para el tratamiento.

- Escenas Temidas:

La Visita Domiciliaria multiplica la aparición de escenas temidas en el profesional. Salir de la seguridad del despacho y entrar en campo abierto, amplía la posibilidad de encontrarse con situaciones que al profesional no les resulta agradable, le producen incomodidad, malestar o desasosiego, temor.... Se multiplican las inseguridades para el profesional por estar en terreno ajeno, y se multiplica las seguridades para la familia por encontrarse en territorio propio.

- Número de demandas:

Por cada demanda atendida en el domicilio, surgen nuevas demandas. Es decir, que al visitar se multiplican la posibilidad de nuevas aperturas, en forma de peticiones paralelas a partir de la intervención principal con un caso (ej. demandas miembros de la familia, de la vecindad, de la familia extensa...). Este efecto puede provocar en el profesional resistencias a visitar debido a las nuevas aperturas surgidas; o a focalizarse

muy concretamente al objetivo de la visita en cuestión para evitar mostrarse receptivo a nuevas demandas de terceros.

- Tiempos y Costes:

La intervención domiciliaria precisa de más tiempo, ya no solo el dedicado a la visita en si misma, que de común es más amplia que las entrevistas en el despacho; sino también, los tiempos necesarios para los desplazamientos, y en muchos casos la localización exacta del domicilio. En la visita, la fase social de ser acogido es más amplia de común, y también la fase social de despedida, más luego los tiempos intermedios que se emplean en relación al propio espacio doméstico (conocer dependencias si procede, comentar aspectos de la casa que ayudan en la interacción...).

Los ajustes en la jornada de trabajo también se pueden ver afectados por las visitas, especialmente porque no siempre es posible controlar los tiempos de los desplazamientos, o los retrasos acumulados en visitas sucesivas o visitas fallidas. De igual manera, visitar agota, es un esfuerzo añadido, necesitando tiempo para volver a retomar la actividad en el centro, en el caso de volver al mismo tras varias visitas, especialmente si éstas han sido en núcleos de población distantes o emocionalmente muy intensas.

Sobre la base del consumo de tiempo, también se incrementan los costes económicos derivados en gastos de desplazamientos, seguros de riesgos, plus de peligrosidad y penosidad si fuera el caso.

1. 8. ÉTICA Y VISITA DOMICILIARIA

La ética es consustancial al trabajo social (Idareta y Ballester, 2013). La ética ha sido una preocupación en el trabajo social desde sus inicios. Actualmente, cada vez despierta más interés creciente en la comunidad académica y científica, en los/as trabajador/a social en ejercicio y los/as estudiantes. Entorno a ella, están apareciendo aportes relativos a aspecto diversos, siendo los más destacados: el secreto profesional, la ética de mínimos, la relación profesional-cliente/paciente/usuario, la confidencialidad, daño a terceros, el abuso de poder que realizan las instituciones u otros profesionales, la custodia de la información, etc.

Llama la atención que siendo la visita domiciliaria una acción tan frecuente en los/as trabajadores/as sociales, apenas aparecen reflexiones específicas sobre la ética específicos desde el trabajo social.

El espacio doméstico es un espacio singular, y tiene un valor cualitativamente diferente al resto del espacio en el que se desenvuelven los/las trabajadores/as sociales. Es también un espacio privilegiado para la intervención, y por ende, también para la aparición de riesgos de transgresión de la ética profesional. Intervenir en el domicilio incorpora un plus específicos de factores que detonan dilemas éticos con diferencias respecto a los que puedan surgir en la intervención en el despacho.

Canimas (2006), entiende que el trabajo social es una profesión de alto riesgo ético, y apunta varias razones, una de ellas, es la ya referida tensión constante entre el control y la ayuda; otra es la tendencia a cuestionar y cambiar la moral de los usuarios, y finalmente la dificultad para diferenciar las propias problemáticas éticas. Por su parte Salcedo (1999) plantea la dicotomía sobre si la intervención de los/as trabajadores/as sociales es omnipotente y avasalladora del otro, o puede ser de igual a igual.

Para Fombuena (2012) esta cuestión no es nueva, tiene su origen en la ya

antigua acusación sobre las acciones de los trabajadores/as sociales para adaptar y disciplinar a los individuos convirtiéndolos en pasivos. Reamer (1998), apunta en la misma línea señalando que la ética del trabajo social, al igual que la propia disciplina-profesión, surge vinculada a la moralización de los más desfavorecidos, desde un trato paternalista.

Esta discusión ya clásica sobre el posicionamiento del trabajo social ante el usuario/familia, viene a colación y sigue teniendo vigencia por cuanto en la intervención domiciliaria a través de la visita, se plasman, esta consideración paternalista, limitante de la autonomía, correctora y/o reeducadora de las supuestas desviaciones, eso si desde argumentos bien intencionados.

Sobre estas consideraciones previas, este apartado de tesis, pretende abundar en lo delicado que es el trabajo en el domicilio, y a la vez lo sensibles y vulnerable que es el hogar a la intervención de terceros. Para este recorrido ético, son de gran valor los aportes del profesor Francesc Torralba (2011), a propósito de sus reflexiones sobre *La ética de la intervención domiciliaria*, que servirán de guía e hilo conductor en todo este apartado. Torralba (2011), parte de la consideración aristotélica de la ética, como reflexión filosófica sobre la acción humana, sobre la praxis del obrar humano. Y entiende que la ética entra en juego cuando se tiene la intuición, o la convicción, o la idea, de que no todos los modos de hacer son legítimos, de que hay unos modos mejores que otros.

Suscribiendo completamente su idea, tengo la intuición, la idea, y en algunos aspectos la convicción, que la visita domiciliaria es una práctica antigua, que en algunos aspectos continua anclada en formas paternalistas y no completamente respetuosas en su implementación, y que precisa de un profundo cuestionamiento ético en algunas de sus

formas de proceder, apuntando a la necesidad de definir una *ética de mínimos*, en su práctica.

El eje central de este apartado, será incorporar primero, una mirada al hogar como escenario donde se produce la intervención domiciliaria, para después entrar en los principios a considerar en la intervención domiciliaria. Para finalizar se apuntarán algunas ideas sobre las *buenas prácticas* en la visita domiciliaria. Es importante destacar, que en muchos momentos de este apartado se hará referencia a un tipo de visita, la visita domiciliaria sorpresiva, que la sitúo directamente como una práctica de riesgo ético, y que dado el calado de la misma tendrá un apartado específico dentro de esta tesis.

1. 8. 1. El hogar es un espacio sensible y vulnerable.

Una precisión previa, sobre la base de los planteamientos anteriores: voy a emplear intencionalmente el concepto *hogar* por ser este un espacio depositario de emociones, vivencias, relaciones..., y también para resaltar, lo sensible y vulnerable que puede ser este entorno a la intervención externa. Se seguirá empleando los concepto domicilio, espacio doméstico o casa, donde proceda cada término en función del significado explicado en la introducción de la tesis.

El hogar tiene su propia idiosincrasia, es un espacio simbólico, lleno de elementos llenos significación, que hablan de la historia, de la memoria, de los vínculos, de los orígenes..., de quienes allí habitan. Torralba (2011), entiende que el hogar en sí mismo es un espacio que tiene “alma” (p.12). Dentro del hogar, se da la llamada *ley del hogar* que se decía en la época clásica, donde existen unas normas propias, unas costumbres nuevas y heredadas, unos rituales....(la palabra economía *okios-nomos* significa ley del hogar) Torralba (2011, p.13).

Cuando el trabajador/a social hace visitas a domicilio, entra en contacto con estas dimensiones sensibles y que pueden ser vulneradas, si no es atento y respetuoso. El profesional se encamina a un domicilio, pero al atravesar la puerta, entra en un hogar, con más o menos problemas, pero emocional, relacional y con su normas propias. El/la trabajador/a social, visita desde su ley (mandatos sociales, institucionales y profesionales), pudiendo colisionar, invadir, no respetar, no contemplar... la ley del hogar, surgiendo la cuestión ética en este punto sensible. Arnedo (2007), apunta a esta idea desde la perspectiva de la intervención domiciliaria desde de la salud, señalando que la relación entre profesional y paciente, estará basada en el reconocimiento del otro, que minimiza la asimetría, donde el otro es reconocido como sujeto y no como objeto clínico, basado en la confianza reciproca en la toma de decisiones.

El/la trabajador/a social visitando, es un sujeto extraño e intencional, a la vez que bien intencionado y con deseos de ayudar, pero también portador del poder otorgado por la institución y más el conocimiento. En todo ello, los valores de la profesión y la ética profesional actúan, de contrapunto regulador de sus acciones. Idareta y Ballesteros (2013), apuntan que gracias a la ética, los profesionales del trabajo social, son sensibles a los abusos de poder en los que incurren con sus usuarios. Estos autores, reflexionan directamente sobre la violencia al usuario en las intervenciones profesionales, que limitan su autonomía desde posicionamientos paternalistas.

Otra característica sensible, es la consideración del hogar como espacio afectivo (González Calvo, 2003), un lugar en el que se tejen las relaciones y los vínculos entre sus habitantes (funcionales o disfuncionales). Fotografías, objetos, decoración, disposición al sentarse en la mesa, o en el salón..., dan buena cuenta de ello. Cuando el profesional se adentra y conoce esos vínculos, y le son reveladas y compartidas las intimidades, está teniendo contacto con esa dimensión sensible y vulnerable. El

profesional se convierte en receptáculo de esa información, que tiene que emplear en sentido positivo, a la vez que preservarla celosamente.

El hogar también tiene una dimensión histórica. Cada rincón es un espacio vivido, un espacio de arraigo y de apego, donde las personas que allí habitan tienen sus raíces, y su forma de habitar. Esa forma de habitar de cada hogar, a la vista autoreferencial de terceros (trabajador/a social), puede resultarle en ocasiones caóticas en algunos caos, pero es forma de habitar, no es casual, responde a su devenir histórico y presente, a criterios y valores propios. Esta dimensión también es sensible, y a la vez vulnerable, toda vez que el profesional desde percepción (más o menos favorable), condiciona su intervención, y es en este punto donde también pueden surgir el riesgo ético. En ocasiones, como señala Bermejo (2002c), las lógicas paternalistas de los profesionales imponen su criterio del bienestar al usuario, sin prestar atención a su autonomía.

El hogar es una esfera de *seguridad*, de protección, de la preservación del interior frente al exterior, es cueva y espacio privado. No todos los hogares son seguros para sus habitantes apuntaban Gelles y Cornell, (1985) y Giddens (1993, 2006); “la familia es el lugar más peligroso de la sociedad, cualquier persona tiene con mucha más probabilidad de sufrir un ataque físico en el hogar que la calle” Gelles y Cornell (1985, p.12). El hogar es un espacio de seguridad a la vez que vulnerable, a los efectos e influencias internas y externas, y la intervención domiciliaria es una influencia externa. El hogar es la tercera piel (González Calvo, 2014) que tras la epidermis y la ropa, nos protege. Al igual que el medico-cirujano cuando ausculta y operan, se adentran tras las dos primeras pieles, el /la trabajadores/as sociales cuando visita, traspasa la tercera.

1. 8. 2. El hogar es un espacio de intimidad.

Siguiendo a Torralba (2011), señalar que en el hogar se muestra cada cual como es, sin la máscara, de forma auténtica, con sus grandezas y miserias. Es por excelencia el espacio de la intimidad, y eso también lo hace vulnerable. El profesional al visitar busca la naturalidad sin máscara, para una comprensión más completa de la situación, para ello emplea (en ocasiones) procedimientos, que aun siendo bien intencionados, comportan grandes riesgos éticos; me estoy refiriendo a la visita domiciliaria sorpresiva, que tiene un apartado específico.

1. 8. 3. Principios que rigen la intervención profesional domiciliaria.

Barbero y Moya (1999:119) afirman que “los profesionales son huéspedes, invitados intrusos que necesitan acercarse con un respeto enorme a un espacio privado, reducto y prolongación de la idiosincrasia de la persona; un contexto, por lo tanto, de obligado respeto moral” (p.119). Estos autores apunta los principios básicos y generales a tener presentes en la atención domiciliaria, a saber: no-maleficencia (no hacer el mal), justicia (dar a cada uno lo suyo), autonomía (reconocer la capacidad de tomar decisiones), y beneficencia (hacer el bien).

Junto a estos principios generales, y siguiendo a Torralba (2011, p.14-29) vamos a señalar algunos de carácter específico relativos a la intervención domiciliaria:

-Respeto a la intimidad:

La intimidad es un derecho reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y, en buena parte de los códigos deontológicos de los profesionales del Trabajo Social. No respetar esa intimidad es o puede ser una mala praxis profesional. Torralba (2011) la define como “aquella dimensión del ser personal, que

éste desea preservar para sí mismo, esto es, que no desea manifestar públicamente por las razones que fueren” (p.15). A su vez diferencia distintos tipos de intimidad: emocional, mental o cognitiva, interpersonal y espiritual.

El profesional, en la intervención domiciliaria, evitará provocar el sentimiento de vergüenza, que es cuando la intimidad ha sido vulnerada, lo íntimo se hace público. El profesional tiene que evitar esta situación haciendo valer el principio de no-maleficencia, precisamente en no revelarlo para no causar daños. El secreto, la confidencialidad, la guarda y custodia de las informaciones relativas al domicilio y las formas de vivir, será una preocupación y ocupación especial para el profesional.

-El principio de confidencialidad:

El Juramento Hipocrático (siglo V a. C.) decía: “*guardar silencio de todo lo visto y lo oído*”. Es un principio médicos, esta profesión practicaba la medicina en los hogares, fueron los pioneros de la visita domiciliaria. Este principio hipocrático, también puedes ser extensible en esencia a otros profesional que también intervienen en el hogar.

Los límites de la confidencialidad puede generar dilemas éticos: ¿Hasta dónde tengo que comunicar?. La virtud de la prudencia parece necesaria en la intervención profesional, la curiosidad mórbida propia o ajena, desafían el principio de confidencialidad.

Desde el principio de confidencialidad se preserva la intimidad del otro en referencia a la intimidad (corporal, psíquica, emocional, cognitiva, interpersonal). La constatación documental de la información, cuando trasciende a terceros es otro riesgo, ¿dónde está el límite?. La discreción parece un criterio deseable, que genera el efecto de *ser digno de confianza* (“*Guardar silencio de lo que se viere o se escuchare*”). La justa

medida, en la transmisión de la información de lo que es estrictamente necesario, y esencial para la intervención. La complicidad con el entorno afectivo cercano ya sea la familia, o ya sea extensa, o la vecindad, incorpora un plus de riesgo de transgresión.

-Principio de equidad y autonomía:

El trato equitativo, la no discriminación, eso exige al profesional superar prejuicios. El contemplar que la diferencia, precisa de trato diferente. Evitar un trato favorable e interesado para una parte en detrimento de la otras.

De velar por el desarrollo pleno, intentando desarrollar las capacidades latentes y presentes de la persona con las que intervenimos. Desde el constructivismo se dice que la mirada construye al objeto, si al visitar la preocupación del profesional es fijar su observación en aspectos disfuncionales, solo verá disfunciones (González Calvo, 2014). A la inversa también es posible apreciando las capacidades, los aspectos positivos, los factores de compensación.

Una vez visto la importancia de los principios anteriores en la intervención domiciliaria, para terminar, solo señalar la necesidad apuntar hacia una “ética de máximos”. Para ello, vuelvo a traer las palabras sobre la consideración de ética de Francesc Torralba pronunciadas en la conferencia sobre *Ética en la atención a personas vulnerables* en Valladolid (2011) y que han inspirado este punto de la tesis: “*la ética entra en juego cuando se tiene la intuición, o la convicción, o la idea, de que no todos los modos de hacer son legítimos, de que hay unos modos mejores que otros.*”

8. 7. Las Buenas Prácticas en la visita domiciliaria.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997), entendía que “*la buena práctica hace referencia a unos criterios de actuación que son considerados como*

óptimos para alcanzar unos determinados resultados” (p.69) Considerar la visita domiciliaria desde la “ética de máximos”, obliga a poner unos estándares que oriente las *buenas prácticas* en este ámbito de la intervención. Las buenas prácticas sirven para regular la formas de hacer, conectándolas con los valores, principios y procesos, que permiten mejoras en la atención a las personas, procurando prestar un servicio de calidad.

A continuación señalo algunos aspecto que podrían contemplarse en una tentativa de decálogo sobre *buenas prácticas en la visita domiciliaria*.

1. Evitar cualquier acción que pueda ser considerada como intromisión e intrusión en el domicilio, explicando con claridad los motivos y necesidades de la visita en el proceso de intervención que se esté llevando a cabo.
2. Visitar siempre desde el respeto, rigiendo la actuación desde los códigos deontológicos (Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Tocial, 2012; FITS, 2004), de los/as trabajadores/as sociales, de los principios la relación de ayuda y por las normas básicas de cortesía.
3. Anticipar, avisar y acordar conjuntamente con los usuarios/familias el momento concreto de la visita y la duración estimada de la misma.
4. Reconocer el derecho de que la familia se niegue a ser visita cuando sea avisada de dicha intención, o de no recibir al profesional en el caso de presentarse sin previo aviso en su domicilio.
5. Respetar el carácter confidencial de los datos aportados por la familia durante la visita, ante allegados, vecinos, familiares lejanos, otros profesionales... salvo que la familia de consentimiento para su utilización.
6. Toda visita debe ser ajustada a derecho, evitando dar motivos para visitar confusos, incompletos, engañosos o con dobles intenciones.

7. Acreditarse siempre en el momento de hacer cada visita domiciliaria.
8. Utilizar el consentimiento informado y la protección de datos para todas las visita domiciliaria.
9. Informar a la familia de los procedimientos que se siguen durante la intervención así como el estado avance o aquellos aspectos que son necesarios a valorar en el domicilio y que suponen riesgo para la familia y necesario para nuestra intervención, darlos a conocer de manera clara.
10. Aplicar los principios de confidencialidad, equidad, no discriminación, igualdad de oportunidades, discreción, secreto profesional, beneficencia, no maleficencia, máxima autonomía, en las visita domiciliaria.

1. 9. LA VISITA DOMICILIARIA SORPRESIVA.

Con este punto de la tesis, se pretende dar una continuidad a la dimensión ética del visitar que se abordó en el apartado anterior, aunque en esta ocasión abordándolo a través una aspecto más específico.

1. 9. 1. La visita domiciliaria sorpresiva, un asunto delicado.

¿Avisar o no avisar?, he ahí el dilema. Reflexionar sobre la conveniencia o no de avisar a los usuarios/familias, antes de visitarlos, siempre genera mucha polémica. Están quienes se muestran a favor de la efectividad demostrada, y las bondades de este tipo de visita, y quienes se muestran en contra también con sus argumentos.

Aun siendo una práctica común, en las diversas búsquedas realizadas, no se ha encontrado aval científico que justifique la misma. Dadas las limitaciones de material, dada también la gran importancia que este tipo de visitas tienen en la practica y considerando que se aprecian evidencias importantes de este modo de visitar en el trabajo de campo de la investigación de esta tesis. No parece conveniente, pasarla por alto en esta fundamentación. Aunque los aportes no provengan directamente de material publicado, sino a partir de la propia reflexión en base a la experiencia propia, a los datos recabados, no solo en esta tesis, sino a raíz del trabajo en talleres, seminarios y supervisiones, con trabajadores/as sociales que la practican habitualmente.

Vaya de antemano, que mi posición es rotundamente contraria a esta forma de visitar, tanto en el fondo como en la forma. Sirva de prolegómeno también, que quien suscribe, ha realizado un buen número de visitas domiciliarias sorpresivas, en mi primera etapa como trabajador social. Esta experiencia me ha permitido vivir y sentir este tipo de visitas, a la vez que reflexionar sobre los pros y contras de la misma, y

cuestionar las inercias creadas desde la profesión, llegando a posicionarme contrario a la misma.

Desde mi perspectiva, esta práctica ha tenido serios efectos sobre la percepción que se tiene de los/as trabajadores/as sociales, por la población en general, por otros profesiones y por las instituciones que contratan a los/as mismos¹⁴. En el interior de la profesión parece darse un asentimiento sin más (aun no siendo compartido todos/as). Junto a ella, se da toda una épica rebotante de historias entorno a los riesgos, complicaciones y exitosos resultados en su ejercicio.

1. 9. 2. Definición de visita domiciliaria sorpresiva.

Esta practica, podría ser considerada bien como un tipo específico de visita, o bien, simplemente una forma de proceder antes de hacerla. La entiendo como un tipo específico de visita, no solo en la forma de proceder (no aviso), sino en las intencionalidades al no avisar (objetivos), en su propio desarrollo (sorprender, descubrir, relación de desconfianza, juego relacional...), en el tipo de relación y clima que se crea entre visitante y visitados (trabajador/a social– usuario/familia), y en los efectos posteriores que se puedan derivar. Es un tipo de visita que tiene implicaciones éticas, metodológicas, logísticas, relacionales, e incluso podrían ser hasta legales.

Entiendo por visita domiciliaria sorpresiva, como aquella que se práctica de manera intencional en un domicilio, sin previo aviso, aviso poco concreto y/o ambiguo a los residentes sobre el momento de la llegada del/la trabajador/a social. Tiene como objetivo para el trabajador/a social que la practica, conocer la realidad del caso tal cual se presenta en una situación cotidiana natural no alterada. El trabajador/a social que la

¹⁴ Especial referencia al cine, con películas con Ladybird Ladyvird de Kent Loach, como uno de los ejemplos. Véase la tesis doctoral de Perez Cosín, J.V. (2005) El trabajo social: sus imágenes y su público. La construcción de una identidad colectiva. Valencia. Univ. de Valencia. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10295/perez.pdf?sequence=1>

realiza, entiende que advertir previamente de la visita, podría dar tiempo y opción a que el/los visitado/s modifiquen el entorno doméstico y/o su propia dinámica transformándolo, adecuándolo o preparándolo para enmascarar la situación supuestamente dada, o para adaptarlo a las también supuestas exigencias del/la trabajador/a social y/o del servicio, distorsionando presuntamente con ello la percepción del trabajador/a social.

1. 9. 3. La visita domiciliaria sorpresiva una práctica heredada.

Da la impresión de que ha sido una práctica introyectada durante los estudios de trabajo social, y después imitada en los primeros momentos como profesionales noveles, reproduciéndola sin cesar y sin cuestionar.

Fritz Perls (1976) define la introyección como “un mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos, patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros” (p.45). Entiende que la repetición de mensajes, que escuchados una y otra vez, de la mano de la familia, escuela, medios de comunicación, y la sociedad en general, condicionan el cómo se debe ser, hacer, sentir, pensar.

Esto mismo podría ocurrir en el trabajo social, estaríamos pues hablando de los introyectos profesionales que dicen que hacer, pensar, sentir, ser (todas las profesiones tienen sus introyectos). Estos introyectos podrían condicionar también la forma de hacer visitas, siendo la sorpresiva, una práctica introyectada.

Sería aplicable en este punto, la metáfora gestáltica de “*tragar sin masticar*” de Perls (1976). Precisamente lo que se pretende con este apartado de la tesis, es cuestionar lo *tragado* sobre la visita domiciliaria sorpresiva, *masticarlo*, y dependiendo del sabor y sus propiedades nutritiva: *tragarlo de nuevo o escupirlo*.

Se han generado unas inercias, y unas formas de hacer, que se heredan, pasándose de generación a generación de profesionales. Es como si hubiera una suerte de mito, donde reina la creencia de que: *la visita más productiva es aquella que no avisas el momento de la llegada*, o que *la mejor visita, es la no avisada*.

Según Díaz Morfa (1998) (citado por Bateson & Ferreira, 1971), “los mitos son creencias compartidas y sistematizadas, generalmente transmitidas de generación en generación, que encierran pautas de conducta, formas de relación, incluyen reglas secretas, clichés y rutinas. Generalmente no son cuestionados, sino que se ejecutan sin más” (p.156). Desde esta perspectiva, realizar este tipo de visita, sería como cumplir con una costumbre no escrita y anclada en la memoria profesional, que solo ha sido cuestionada y desafiada por algunos trabajadores/as sociales.

1. 9. 4. Heterogeneidad en el uso de la visita domiciliaria sorpresiva.

Esta forma tan particular de proceder en este tipo de visita, no es uniforme en todo el colectivo, su práctica está más extendida en los contextos asistenciales, y dentro de los mismos, especialmente en la fase diagnóstica y de control asistencial. Evaluar la demanda, confirmar o no el estado de necesidad, verificar el cumplimiento de requisitos, priorizar la aplicación de medidas asistenciales en función de los casos, identificar intenciones fraudulentas... son ejemplos que pueden dar lugar a realizar visitas domiciliarias sorpresivas.

A su vez, que el usuario/familia tenga otorgado algún tipo de beneficio asistencial, obliga a los trabajador/a social a realizar lo que denomino “control-asistencial”, es decir, velar por el adecuado uso de las prestaciones concedidas, y para ello se emplean con profusión, también las visitas domiciliarias sorpresivas.

De otra parte, también se da este tipo de visita en los de contextos control más puros (servicios de protección y vigilancia), y en los contextos evaluativos. En ambos se vela por evitar o reducir los riesgos de la población más vulnerable, o vigilar y controlar a aquellas personas sancionadas por la ley.

Hay diversidad de usos: quienes la emplean solo en algunos casos, o en ciertas etapas de la intervención, u otros, que la emplean siempre. Del otro lado, están quienes no la emplean nunca, independientemente del contexto y tipo de casos donde intervengan.

1. 9. 5. La visita domiciliaria sorpresiva: formal o informal.

Desde mi perspectiva, este tipo de visita la situaría más en el plano *informal* como decisión del profesional particularmente, que en el *formal* como un mandato institucional donde trabaja el profesional, o amparándose para su uso, en el aval científico-técnico de su efectividad.

Respecto a lo primero, ya he señalado la dificultad de encontrar investigaciones que justifiquen este tipo de visitas desde el punto de vista científico, ético, legal..., salvo las numerosas alusiones a las visitas sorpresa, en otras profesiones a nivel policial o fiscal. Se parte de la idea, que la visita domiciliaria en el trabajo social, no es un registro domiciliario.

1. 9. 6. El origen difuso y confuso de la visita domiciliaria sorpresiva.

Se podría especular sobre el origen de visitar sorpresivamente, ya que no he encontrado ninguna referencia solvente, que avale los próximos argumentos; por eso los planteo en términos de hipótesis que justifiquen esta práctica. Dichas suposiciones van desde la dificultades en las comunicaciones, pasando por el origen moralizante de la

profesión, la cuestión del ejercicio simbólico del poder, el exceso de celo profesional y el eterno debate entre la función de control y ayuda, etc.

- Falta de medios para comunicarse:

Hace más de un siglo las formas de comunicación eran muy limitadas, más allá del boca a boca, por carta, o por aviso de terceros, no había muchas más opciones. El teléfono no estaba al alcance de toda la población, y menos de familias pobres.

Quizás a partir de estas dificultades para contactar, se realizaban muchas visitas sin previo aviso o con un aviso impreciso, y esto dio pie a visitar sin avisar, dando lugar a una inercia que llega hasta nuestros días, como una suerte de anclaje en el hacer profesional.

Con la extensión y popularización de las tecnologías de la comunicación, a día de hoy no tendría mucho sentido este argumento, lo cual, no justificaría seguir realizando este tipo de prácticas, a no ser, que fueran fruto de esa inercia pasada no cuestionada, o de otras intencionalidades a las que haremos referencia más adelante.

-Origen moralizante de la profesión:

No se puede obviar, que la visita domiciliaria ha sido un instrumento fundamental para la moralización, adoctrinamiento y evangelización desde la religión, y del control social desde el poder establecido

El espíritu moralizante de la profesión en sus inicios, así como los esfuerzos para adaptar a los inadaptados, pudo llevar a realizar visitas no advertidas previamente, siendo los visitantes/as testigos directos de los incumplimientos de obligaciones morales, fruto de la pereza, la vagancia, la desidia o el vicio. Ese carácter moralizante, evangelizante, correctivo o reeducador, pudo dar pie a la visita sorpresiva para descubrir conductas inmorales.

En línea con el argumento moralista, viene a colación citar el Evangelio cuando dice:

Estén ceñidos vuestros lomos y las lámparas encendidas, y sed como hombres que esperan a que su señor vuelva de la boda, para que, en cuanto llegue y llame, al instante le abran. Dichosos los siervos, que el señor al venir encuentre despiertos: yo os aseguro que se ceñirá, los hará ponerse a la mesa y, yendo de uno a otro, les servirá. Que venga en la segunda vigilia o en la tercera, si los encuentra así, ¡dichosos de ellos!. Entendedlo bien: si el dueño de casa supiese a qué hora iba a venir el ladrón, no dejaría que le horadasen su casa. También vosotros estad preparados, porque en el momento que no penséis, vendrá el Hijo del hombre. (Lucas 12, 32-48)

Y también esta parábola de Jorge Armando Vázquez (2007) en su libro *De la metáfora a la metamorfosis* de inspiración en los mensajes bíblicos, publicado por la editorial católica San Pablo (Bogotá), es muy ilustrativa sobre la visita:

Un día un hombre supo que Dios iba a visitar su casa. Al ver que su casa estaba desordenada y sucia, salió desesperado a la calle a pedir ayuda sin conseguir que nadie aceptara. No sabiendo por donde comenzar, empezó a sacudir los muebles que estaban llenos de polvo y en medio de ese polvo vio a un hombre que se ofreció a ayudarlo. Él le dio las gracias y juntos empezaron la tarea. Cuando terminaron, el hombre agradecido por la ayuda del otro le pidió que se quedara para que él también le diera la bienvenida a su "ilustre" visitante. El que lo ayudó entonces le dijo: -No hace falta porque soy yo a quien tu estabas esperando. Yo soy tu Dios, el de hoy, de ayer y siempre-. Muchas veces nosotros pedimos ayuda a Dios, y no lo reconocemos en el hermano; nos pasan las manos y no identificamos a Dios en ellas. Por eso es muy importante estar siempre preparados para que cuando Dios nos visite, podamos estar bien limpios, y no preocuparnos en el último momento de nuestra vida. Dios constantemente nos visita; sólo que nosotros no tenemos tiempo para recibirle en nuestra casa. Por eso hoy te llama por tu nombre para que el pueda entrar en tu casa, en tu corazón y tenerte siempre limpio. (p.65)

Tras el proceso de secularización del trabajo social, proceso inconcluso desde mi punto de vista, no se haría necesario este tipo de visitas sorpresa, sin embargo el carácter adoctrinario, enjuiciador, moralizador y reeducador, aunque ya no religioso, parece que persisten hasta nuestros días.

En sus orígenes, el trabajo social tuvo en España estrechas conexiones con fines de adoctrinamiento religioso, la medicina social, y el apaciguamiento del descontento obrero. (Adelantado, 2000, p.355).

Otro instrumento de gran eficacia en el adoctrinamiento fue el Servicios Social, organizado en 1940 (Moreno & Rodríguez, 2009, p.153)

La cultura, entre los trabajadores sociales, servía como alibi con el que justificar un trabajo de moralización de su clientela difícil de enmascarar técnicamente. (Moreno & Rodríguez, 2009, p.142).

Morell (2002, p.141) en su libro sobre *la Legitimación de la Pobreza*, y Aguilar (2013, p.172) en *Trabajo Social, concepto y metodología, al tratar la historia del trabajo social*, ambos citan a Kisnerman (1998) en cuanto a la idea de adoctrinamiento presente en trabajo social.

Buenos ejemplos de autores que reclaman el valor religioso del servicio social como fuente de adoctrinamiento religioso y formación moral, lo constituyen las obras de D. Sullivan (1956), Servicio Social de Grupo, F. Elda (1961), las técnicas de trabajo social de grupo, y de H. Johannot (1961), El individuo y el grupo.

Dice Kisnerman (1968:24),

“Los primeros egresados, a su vez pertenecientes a la clase alta con fuerte elementos tradicionales, se abocaron a una paternalista misión asistencial que revivía a los precursores de la COS inglesa y norteamericana. [...] El asistente social cobró así la imagen de un samaritano y no de un profesional, de un recreador y no de un agente de un método” (p.24-25).

Álvarez-Uría (1995:13) señala sobre la acción de las pioneras de la asistencia:

Se centró ...de un modo especial, en las mujeres y los niños de las clases trabajadoras, lo que explica la importancia que cobró la enseñanza de la puericultura y del hogar en su programa reformador. En torno a esta relación desigual eran dos mundos opuestos los que se enfrentaban como si se tratase de la oposición cristiana del bien y del mal. En uno, en el de los pobres, reinaba, según el discurso oficial, la contaminación y el vicio, la suciedad, la obscenidad, el desorden, la degeneración; en el otro, representado por el de la burguesía reformista, prevalecía por el contrario la decencia, la limpieza, el orden, el ahorro, la moralidad, la disciplina, la higiene, la regeneración. Las pioneras de la asistencia social eran las portadoras de los valores morales propios de la civilización en un medio desarraigado caracterizado por la enfermedad y la depravación, que aparecían como compañeras inseparables de la miseria” (p.13)

- *La Visita Panóptica:*

A mi modo de ver, la visita domiciliaria sorpresiva podría ser entendida, como la expresión del ejercicio simbólico del poder Foucault (1998). Este tipo de visita se puede visualizar como la metáfora del dominio de quienes ostentan el poder en la sociedad de unas clases sobre otras, y en el trabajo social domesticado y dócilmente servil (o creado al efecto desde -enfoque funcionalista-), que se brinda desde hace más de un siglo a esta labor, convirtiéndose en el *instrumento* para llevar a la práctica esa dominación, siendo entre otras, la visita domiciliaria sorpresiva uno de los instrumentos para ello. Siguiendo la metáfora de Foucault (1998b), podríamos hablar de la “visita panóptica”, aunque ésta no la circunscribo solo a la sorpresiva.

Es significativamente simbólico, que este ejercicio y demostración de poder es llevado al marco legalmente más protegido: el domicilio. Siendo éste la expresión de lo privado, de la privacidad y de la intimidad. Y donde el acceso es más limitado. Pareciera, que aun siento un espacio tan preservado, los/as trabajadores/as sociales se convierte en arietes para llegar al mismo vehiculando las formas de dominación. Desde mi punto de vista, y siguiendo Foucault (1998), la visita domiciliaria sorpresiva es un instrumento de dominación.

Así, en el dilema de avisar o no avisar, en ese detalle aparentemente tan insignificante, en la simple tareas de acordar o no con el caso día y hora de la visita. En ese preciso y concreto instante, se sintetiza, se simboliza, se sustancia el ejercicio del poder, y también la expresión máxima del servilismo y alienación profesional ante el mismo.

Con este acto de no avisar y de sorprender, queda cuestionado el respecto hacia el otro, y se evidencia, más si cabe, el ser una pieza más en el tablero de la dominación social.

Sin embargo, si el trabajador/a social, sobre la base de un objetivo, concierta una visita con día y hora con el usuario/familia, en ese aparente simple acto, está llevando a cabo un ejercicio democrático de respeto, de libertad, de aceptación incondicional del otro. Desde los postulados de la relación de ayuda, no es factible la visita domiciliaria sorpresiva. Con todo esto, no quiero señalar, que el resto de visitas (avisadas) *estén libres de pecado* en el ejercicio de la dominación.

El trabajador/a social obra al amparo, no solo de los conocimientos y de la experiencia, sino por el poder que le otorgan las instituciones donde trabaja. Este tipo de poder (institucional) puede resultar intimidatorio por los efectos no deseados que le genere a la familia (o alguno de sus miembros), especialmente si ésta es *rehén* de los servicios.

Éste “poder” parece dar soporte para visitar sin avisar, y además sentirse con la potestad de ser recibidos. Es evidente que éste argumento dicho así puede resultar brusco, e incluso pareciera ilícito. Sin embargo este ejercicio del poder es sutil, empleando estrategias afinadas o aparentemente espontáneas, que limitan la libertad de acción del usuario/familia, por cuanto encierran un juego atrapante. Un ejemplo de ello, son las siguientes narrativas, que emanan del trabajo de campo de esta tesis: ej. “pasaba por aquí”, “quería saber como está el niño y me pasé a verles”, “hace tiempo que no les veo por el servicio”, “he realizado una visita cercana, y aproveché para pasarme”...). Realmente, son ejemplos de mensajes a modo pretexto, tras los cuales hay otra intencionalidad no expresada, bien intencionada, pero no expresada. En otros casos, se visita directamente, se apuntar pretexto alguno, sino dando razón que la visita está motivada directamente por la intervención que se esté llevando a cabo (con mayor o menor claridad esta explicación).

Una prueba evidente de ese poder, es el temor o la inquietud que este tipo de visitas genera en los visitados, de tal manera que si la familia supiera de la visita con antelación, modificarían el entorno y/o su propia dinámica, para evitar reacciones indeseadas del profesional y/o el servicio, a la hora de acceder a prestaciones o beneficios, o para no perderlos.

Si la familia no sintiera temor o inquietud, no tendría que modificar nada. Precisamente esas supuestas alteraciones de su normalidad, es lo que pretende evitar el trabajador/a social visitando sorpresivamente. Parece que se da la paradoja, de que el profesional ejercita su poder no avisando, y la familia ejercita el suyo no recibiendo, o modificando su entorno, o disculpándose por el estado de *las cosas* (si fuera el caso), ante la visita inesperada. Es como un juego entre el gato y el ratón, como una pugna o escalada entre el poder y contra poder.

Como ya comentamos en la idea de positivar las resistencias, si la familia modifica el entorno y su dinámica ante un aviso de visita, eso es signo de *capacidad para...*, puede ser visto como un recurso que se puede proyectar en otras facetas que se estén trabajando. Irónicamente, quizás se trate de visitar más a los casos avisando, para que esa modificación puntual se convierta en un hábito saludable. En vez de resistirse a la resistencia empleando la sorpresa, con cierto grado de premeditación (no es casual la visita, estaba prevista y *agendada*), quizás, sea interesante como dice Watzlawick (1997) “no resistirse a la resistencia” (p.169).

Visitar por sorpresa, parece un ejercicio de fuerza suavemente maquillada por la cordialidad, la cercanía y una falsa relación de ayuda. Es una acción premeditada porque el profesional la anticipa como estrategia, e incluso, le puede suponer un doble esfuerzo, ya que muchas visitas domiciliarias sorpresivas pueden resultar fallidas, al no estar en casa los visitados por no estar prevenidos de la visita.

E incluso da la impresión, que genera una indefensión relativa, ya que la familia siempre se puede negar a recibir la visita del trabajador/a social, aunque no siempre tiene esa libertad, en la medida que puede estar condicionada por los efectos que se puedan derivar.

En descargo de lo dicho anteriormente, quizás el profesional se deja llevar por un exceso de celo en el ejercicio de la función de control encomendada (rol designado y rol asumido). O también, por una exacerbación del principio de justicia social, entendiendo, que se transgrede el mismo, cuando los usuarios/familias pretenden aprovecharse de los servicios y prestaciones no cumpliendo adecuadamente los requisitos (*estafadores del bienestar* Moffat, 2001), y restando con ello, la posibilidad de acceder a los mismos a quienes si lo puedan necesitar más.

De igual manera, les mueve el proteger a los indefensos y vulnerables, que no pueden hacer un ejercicio autónomo de autoprotección (menores, enfermedad física o mental, vejez, dependencia, alienación por violencia...). Esta consideración hacia la protección, moviliza a los trabajadores/as sociales a visitar sorpresivamente, sin más beneficio que ayudar a terceros, y en esta labor, ponerse ellos mismo en riesgo (en muchos casos).

Sin embargo, promover la justicia social, entiendo que no convierte a los profesional en jueces, sino en operarios de la misma (justicia). Entiendo que esta forma de promover la justicia social no se sustenta adecuadamente, sobre la base de la intrusión sorpresiva, *el fin no justifica los medios*. A mi entender, podría ser factible contemplar la movilización de otras instancias institucionales también competentes para este fin, antes de llevar a cabo estas practicas.

Entiendo necesario, a la luz de la experiencia, y de las evidencias de esta tesis, proponer desde el propio trabajo social, que se haga (hagamos) una revisión profunda,

de la visita domiciliaria sorpresiva, al objeto de un posicionamiento como profesión y disciplina ante este fenómeno.

CAPÍTULO 2.

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

2.1. Propuesta metodológica

El método empleado para este estudio es de tipo cualitativo. Siguiendo las investigaciones de Mercado (2002), Coffey y Atkinson (2005), Morse (2005), Téllez (2002), Pérez Serrano (2004), García Ferrando (2000), Rodríguez Gómez et al.(1999) y Valles (1997, 2002), la investigación cualitativa es una camino adecuado para la comprensión holística de la existencia y procesos humano. Este método, tiene como objetivo la exploración, comprensión y diagnóstico de la realidad en la que nos movemos, y aportar un análisis profundo de la misma.

Este método, se orienta a la comprensión de la realidad social. Según Dezin y Lincoln (1994), los diseños cualitativos son guías flexibles que deben permitir el tránsito de las ideas al mundo empírico; su función es situar al investigador en lugares y conectarlos con personas. Para Souza (2002) los estudios cualitativos “ofrecen la interpretación de los participantes, penetran en su mundo y llegan a describir las características y estructura del fenómeno que están experimentando” (p.442).

La investigación cualitativa entraña la posibilidad de enfocarse hacia la experiencia vivida por las personas, a la par que la interpretación y el significado que las personas le atribuyen a dichas experiencias. Bover (2004), citando a Fernández de Sammamed (1995) señala:

que la investigación cualitativa tiene utilidad y debe aplicarse en el estudio de hechos, conceptos y temas poco conocidos que precisan mayor aclaración, ayudando en la comprensión de aspectos que están en el mundo subjetivo de los individuos, explorando creencias, expectativas y sentimientos, y explicando el por qué de los comportamientos y actitudes. (p.127)

Esta investigación, que gira entorno a las prácticas de la visita domiciliaria por los/los trabajadores/as sociales, es un tema escasamente estudiado, lo que me lleva a

considerarlo de interés, a partir de las motivaciones, las creencias, las vivencias, los conocimientos de los profesionales que la practican. Así mismo, al ser un tipo de acción que requiere terceros (visitados), resultan relevantes conocer y comprender, las dificultades que encuentran, los comportamientos desde los que se actúa al visitar, la percepciones, las actitudes y las in-congruencias desde la que se puede llevar a cabo este tipo de intervención domiciliaria, y en que medida esto influye en los/as usuarios/familias con los que los profesionales trabajan.

2. 2. Mi opción por el método fenomenológico para investigar la visita domiciliaria.

La elección del método fenomenológico para esta investigación no es casual, atiende a todo un recorrido que atraviesa mi historia como profesional del trabajo social y al propio tema elegido, y sobre todo a los objetivos de la investigación.

Los antecedentes se originan meses antes de mi elección de los estudios de trabajo social; en el intento de saber más de esta profesión, tengo la oportunidad de acompañar a una trabajadora social allegada a realizar una visita a una familia, esta fue mi primera experiencia preuniversitaria visitando. Después, ya, como estudiante de trabajo social, recuerdo especialmente mi primera visita solo, ésta me lleno de emoción y a la vez de incertidumbres: no sabía que cómo y qué hacer en esa visita.

Esas dos vivencias especialmente, despertaron mi interés por esta forma de intervenir, en el escenario tan particular como el hogar de otras personas. Esta inquietud permaneció activa durante todos mis estudios, y luego como profesional interviniendo en los servicios sociales comunitarios en el medio rural, y después en los especializados, realizando cientos de visitas. Mi interés sigue vivo durante mi vida académica, tomando una perspectiva más reflexiva sobre el tema.

Mis vivencias visitando, las implicaciones de las visitas, y la falta de formación previa y de fuentes a las que recurrir, me llenaron siempre de expectación, y a la vez de motivación por descubrir. La falta de respuestas convincentes, me llevaron a buscar por mi mismo, partiendo de mi experiencia personal reflexionada, y sobre todo aprendiendo de las experiencias del visitar de otros/as trabajadores/as sociales.

El punto de inflexión, de pasar de la preocupación por este tema como profesional a investigar sobre la visita domiciliaria, surge cuando hace ya muchos años, mis estudiantes de trabajo social, me formulan las mismas incertidumbre, vivencias y creencias sobre la visita, que yo tenía como estudiante. Es a partir de aquí donde la fenomenología empieza a tomar sentido como método de estudio en esta cuestión, cuando me apercibo de la enorme dimensión que tienen las creencias, vivencias, experiencias, incertidumbres, construcciones... de los significados que tanto estudiantes como de profesionales atribuyen a sus visitas. Todo esto se convierten en fuente para el análisis y la reflexión.

Este es en sustancia, un recorrido que empieza en 1985 como pre-estudiante de trabajo social con mi primera visita, y que sigue con más fuerza 30 años después.

El método fenomenológico, tiene sentido en este recorrido, porque se interesa por la experiencia humana en el transcurrir diario, por las experiencias cargadas de acontecimientos, dignos de ser reflexionados por los significados y sentido que portan.

Entiendo que este método se torna más accesible, a partir de la propia vivencia del fenómeno objeto de estudio, donde la propia experiencia es sometida al método fenomenológico, como camino de comprensión y no de intelectualización discursiva situándose completamente fuera del hecho. Esta vivencia desde la fenomenología me ha permitido acercarme a las experiencias y significados de los otros.

2. 3. La opción fenomenología

El contraste entre los métodos de las Ciencias Sociales y las Ciencias Naturales, evidencian la separación entre la búsqueda de la objetividad y el hallazgo de verdades únicas, a partir de la separación entre el sujeto cognoscente y el objeto de conocimiento, pretendiendo identificar las relaciones causa-efecto para explicar el comportamiento humano.

A partir del análisis crítico de esta forma de proceder, la investigación cualitativa en las ciencias sociales, incorpora una nueva posibilidad (ej. enfoque fenomenológico) que se visualiza diferente, donde los enfoque cualitativos generan aperturas que reconocen que existen múltiples interpretaciones de la realidad, cuestionando la pretensión de encontrar a ultranza verdades únicas.

Desde esta perspectiva cualitativa, no es posible comprender lo humano desde las visiones concebidas para el estudio de los objetos, ni desde la pretensión de encontrar visiones únicas y verdaderas. La investigación fenomenológica, se convierte en una opción sugerente, en tanto que, destaca el énfasis sobre lo individual y la experiencia subjetiva (Rodríguez Gómez, 1999). Así pues, la fenomenología pretende conocer los significados que los individuos dan a su experiencia. Desde esta perspectiva, el investigador trata de apreciar los acontecimientos desde la perspectiva del otro, describiendo, comprendiendo e interpretando.

Heidegger (2007d) señala, “Respecto a la posición naciente de la ciencia moderna con relación a la analítica del Ser: “Si la ciencia del ser humano debe satisfacer las exigencias fundamentales de la ciencia moderna, ella debe seguir el principio de primacía del método en el sentido de proyecto de precalculabilidad. El resultado inevitable de esta ciencia del ser humano sería la construcción técnica de la máquina-ser humano” (p.197).

Para Heidegger (1999a), la realidad humana puede ser analizada a través de los fenómenos tal como estos son y se manifiesta en la conciencia, de la manera en que son vivenciados individualmente por cada persona, y cómo este análisis es posible mediante el método fenomenológico, ya que éste se refiere a la voluntad de comprender a los seres humanos a partir de cómo ven ellos las cosas, es decir, la apreciación subjetiva del mundo de la persona, o lo que es lo mismo, el “estar en el mundo” (Heidegger, 2003c, p.79).

Los individuos viven en un mundo continuamente cambiante de experiencias de las cuales son el centro. Estas experiencias son *su realidad*, su *campo fenoménico o experiencial* y reaccionan ante ellas tal y como las perciben en su mundo (Rogers, 1989).

Para Castillo (2000), la fenomenología tiene como objetivo comprender las habilidades, prácticas cotidianas, articulando las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, y experiencias de los seres humanos. En este caso, esta aportación de Castillo, sería aplicable a los profesionales del trabajo social en lo referente a la experiencia del visitar, donde a través de esta práctica cotidiana se revelan los significados de los actores, y donde el enfoque fenomenológico se convierte en opción para la investigación. En este sentido Buendía, Colás & Fernández Pina (1997) apunta que “las investigaciones fenomenológicas estudian las vivencias de la gente, se interesan por las formas en las que la gente experimenta su mundo, qué es lo significativo para ellos y como comprenderlo” (p.231). Para Taylor y Bogdan (1990), la fenomenología quiere comprender los hechos sociales desde la perspectiva de los propios actores y actrices sociales.

2. 4. El fenómeno.

Para Olaya (2005), “La fenomenología no pretende un contenido ni un sistema argumentativo; pretende dilucidar el ser, partiendo de que el ser es un misterio, y que sólo podemos acceder al ser mediante un ente en el hallazgo del sentido. La fenomenología pretende el cómo acceder al ser gracias al ser de un ente, es decir, mediante el sentido de un ente; nada más pretende la fenomenología como ontología fundamental, y nada menos” (p.3). La fenomenología remite a la esencia, es la comprensión esencial de un fenómeno, sentir la esencia de lo acontecido, preguntar de forma sostenida por el sentido del ser en lo que acontece, sobre lo particular, lo concreto. El trabajo fenoménico implica, mostrar el fenómeno en esencia.

La fenomenología remite al fenómeno, que es el elemento central, y con el cual se dilucida el sentido oculto en él. Siguiendo a Olaya (2005), quien se sitúa en posición de interpelar(se) convoca la calidad de su ser para desentrañar el sentido de lo manifestado. Supone la comprensión unitaria, no disociada de lo acontecido. Olaya (2005) “Por fenomenología entendemos el discurrir que permite ver el fenómeno, tal y cual como se manifiesta. La fenomenología es la calidad del ser en el ahí que asiste a la manifestación del sentido del ser. Es conocimiento unitario, universal, hermenéutico y trascendental, en cuanto interpretación del ser del ser ahí” (p.5)

Acerca del *fenómeno*, Mélich (1994) entiende que “es lo auténtico, lo real” (p.35), enunciando la esencia del fenómeno; la visualización nítida del acontecer que se le muestra al Ser. Mélich (1994), abunda en que, algo que se muestra tal como es, sería el fenómeno. Es evidente, es la manifestación de algo, ante lo cual no se tiene duda; puede verse tan claro como la luz del día, se siente la dimensión y profundidad de lo visto y es suficiente, aunque resulte impreciso, indemostrable o incuantificable.

Volviendo sobre Heidegger (2003c), acerca del fenómeno: “el mostrarse-en sí mismo- es una forma eminente de la comparecencia de algo” (p.54). Heidegger diferencia *mostrarse* de *manifestarse*, porque en la manifestación es posible que el fenómeno no aparezca, sino que sólo es una apariencia o un indicio, mas no su comparecencia como tal. Fenómeno es ver la esencia del acontecimiento. Este *ver* connota una mirada diferente del *Ser* que penetra las oscuridades del acontecer para aclararlas. Fenómeno como desocultamiento o puesto al descubierto, el ser del ente, para transparentarse en su manifestación.

Fenómeno es, primeramente, no una categoría, sino que hace referencia ante todo al cómo del acceso, de la aprehensión y la verificación. En consecuencia, fenomenología es, ante todo, un modo de investigar, en concreto: hablar de algo tal como ese algo se muestra, y sólo en la medida en que se muestra. Es decir, para cualquier ciencia, una pura trivialidad; y, no obstante, algo que en la filosofía, y ya desde Aristóteles, ha ido quedando más y más olvidado. (Heidegger, 2003c, p.54).

Para Barajas (2001) y Bochenski (1981), ambos citados por Olaya (2005), el fenómeno muestra en sí a sí mismo, de lo que se muestra tal como es, lo que está clara y nítidamente ante nosotros. No sería una ficción, ni una ilusión o apariencia. En consecuencia, la fenomenología es el camino de acceso al *ser* de un ente; es el cómo llegar hasta la esencia del *ser* de un ente. Es una manera distinta de investigar el fenómeno dado, mediante un logos situado en el discurrir y un hombre abierto en la disposición de ser tocado.

En resumen, a propósito del interés central de esta investigación desde la perspectiva fenomenológica, el fenómeno objeto de estudio es el ser humano (trabajador/a social visitando), que desde sus subjetividades, se acerca al otro (lo visita, se encuentra en su domicilio), y entran en contacto estableciendo relación (relación de ayuda) en un espacio de alta significación (casa/hogar). Este camino, abre una

posibilidad para comprenderlo, de captar su esencia en esa acción de visitar, desde un pensamiento que indaga sobre él, que se centra en él como sujeto-actor, entendiendo que la mirada fenomenología es oportuna y apropiada para abordarlo en la cotidianidad del acontecimiento, y solo con los recursos de su propio *ser*.

2. 5. Diseño metodológico.

2. 5. 1. Antecedentes de la investigación fenómeno investigar.

Para una comprensión más completa del proceso seguido en esta investigación, es preciso introducir elementos previos y contextuales de la misma. Como ya he mencionado al principio, mi interés y preocupación por la práctica de la visita domiciliaria laten a lo largo de mi carrera profesional. He podido practicar las visitas a domicilio por años como trabajador social; a su vez he visitado conjuntamente con otros/as trabajadores/as sociales (y otras profesiones), y tengo la experiencia, y el aprendizaje, de haber realizado un amplio número de cursos, seminarios y talleres con trabajadores/as sociales y estudiantes España y otros países, empleando una metodología didáctica muy participativa y basada en el aprendizaje significativo.

El primer escenario de la investigación se planteó en el entorno de Sevilla, sin embargo este se vio ampliado a dos entornos más adquiriendo la investigación una dimensión transnacional al introducir los escenarios de Bogotá (Colombia) y Valparaíso (Chile).

En el marco de intercambios internacionales, como profesor visitante en diversas universidades de América Latina, he podido contactar con diversas experiencias de intervención sociofamiliar en distintos países, y he realizado visitas como acompañante con trabajadores/as sociales en reiteradas ocasiones.

En los dos entornos internacionales seleccionados, la experiencia se inicia en 1999 a través de la Universidad Nacional de Colombia (Departamento de Trabajo Social) con sede en Bogotá, y en el 2000 con la Universidad de Valparaíso (Escuela de Trabajo Social) en Chile. Estos primeros encuentros, marcan una senda de colaboración llena de sucesivos viajes. En buena parte de los mismos, tuve la oportunidad de visitar casos (como acompañante), intercambiar y realizar talleres, coloquios, conversatorios... sobre la visita domiciliaria con estudiantes y profesionales del trabajo social.

Es en el contacto con estas dos realidades, cuando me planteo ampliar mi ámbito de investigación de Sevilla (contexto inicial), a Bogotá y Valparaíso, dada la riqueza que aprecio en el trabajo que realizan los profesionales de estas zonas. La intención inicial era realizar una investigación comparativa junto con Sevilla, para finalmente concretarse, como una búsqueda más amplia de la caracterización de la visita domiciliaria, a partir de estos tres enclaves.

En distintos viajes académicos, aprovecho la oportunidad para realizar el trabajo de campo, contando con colaboraciones de dos trabajadoras en ambas sedes, que facilitan el acceso a profesionales en distintas instituciones, para realizar las entrevistas, y apoyo en algunas transcripciones.

Dada las limitaciones para los viajes a estos dos destinos tan distantes, el trabajo de campo se prolonga más tiempo que si fuera en una sola sede, al final se termina acotando el marco temporal entre 2010 hasta el primer trimestre 2015, aunque se cuentan con numerosos datos previos registrados a partir de testimonios en grupos discusión, ejercicios en talleres con profesionales y alumnos, grabaciones entrevistas, anotaciones de visitas, etc.

Este recorrido temporal dilatado, se percibe como una oportunidad de enriquecimiento, de reflexión, y cuestionamiento metodológico y de los datos ya

reportados, a la vez que contribuye -en cierta medida- a una perspectiva longitudinal del fenómeno, aunque no era esa la pretensión.

2. 5. 2. Planteamiento de la investigación.

La visita domiciliaria en el trabajo social, es una práctica fundacional, en la medida que precede a la propia profesión. Ésta surge (profesión), a partir de la profesionalización de las visitadoras amigables en el ejercicio voluntario de la caridad con personas y familias pobres y necesitadas. La visita en su origen, se caracteriza por una asimetría entre visitante y visitados, en lo que respecta al posicionamiento en la estructura social, ideológico y moral entre visitantes y visitados (acomodado-adaptado / pobre-desadaptado...).

La visita, desde su origen hasta nuestros días, es una práctica cotidiana para los/as trabajadores/as sociales. Se ha implementado siempre entre la ambivalencia entre la ayuda y el control, rasgo por otro lado, característico del trabajo social. Ha sido esta polaridad, la que ha marcado en gran medida su devenir histórico: por un lado, reconociéndola socialmente como una forma de ayuda (asistencial sobre todo), y por otro, estigmatizándola como una forma de control social.

La visita, no por más practicada, ha sido más pensada, reflexionada y cuestionada. Ha pasado, y pasa, invisible al análisis, a la investigación, a la teorización y a la innovación. Percibiéndose anclada en unas pautas y creencias heredadas, transmitidas de generación en generación de profesionales.

La visita domiciliaria como tal, se muestra idiosincrática para el trabajo social; si por algo son reconocidos los/as trabajadores/as sociales, es por visitar. Esta acción caracteriza a la profesión. Los/as trabajadores/as sociales, en general, no precisan demostrar o argumentar, que necesitan visitar a sus casos, se da (y se espera) de facto.

Sobre la base de estos argumentos, se plantea realizar una investigación transnacional, relativas las prácticas de la visita domiciliaria en tres escenarios diferentes: Bogotá (Colombia), Valparaíso (Chile) y Sevilla (España). Esta investigación tiene los siguientes objetivos.

- Objetivo General:

- Caracterizar en general la visita domiciliaria que realizan los/as trabajadores/as sociales, a partir de las experiencias de su práctica en los entornos de Bogotá, Valparaíso y Sevilla.

- Objetivos Específicos:

- Identificar los rasgos más característicos de la visita domiciliaria, a partir de una muestra intencionalmente diversa en cuanto al perfil de los participantes, la diversidad de ámbitos de intervención y la diferenciada ubicación geográficas de los mismos.
- Identificar similitudes y diferencias entre las visitas que se practican en los tres escenarios señalados.
- Conocer cómo definen (conceptualización), y cómo implementan (metodología y logística) las visitas domiciliarias, los componentes de la muestra de los tres escenarios seleccionados.

- Conocer los significados atribuidos por los participantes de la muestra a la visita domiciliaria en su ejercicio cotidiano del trabajo social, e identificar las vivencias que les genera el hecho de visitar.

A partir de los objetivos enunciados se ha planteado la siguiente hipótesis que confirmará o refutará con los resultados obtenidos:

- Hipótesis:

En la hipótesis de partida de esta investigación, se considera, que aun dándose rasgos generales comunes respecto a la práctica de la visita en los tres entornos seleccionados, si se darían diferencias sustantivas entre los mismos. Estas diferencias, se corresponderían con que, las visitas llevadas a cabo por los/as trabajadores/as sociales de las muestras de Bogotá y Valparaíso tendrían un componente mas de tipo terapéutico, preventivo y promocional, y que en la muestra de Sevilla, sería más de tipo burocrático-asistencial.

2. 5. 3. Fases de la investigación.

El proceso de investigación se ha desarrollado en seis fases secuenciales que se describen a continuación:

1ª. Fase de revisión de la literatura relativa al fenómeno investigado:

El proceso de localización de material científico sobre la visita domiciliaria, como se ha señalado, no se circunscribe solo al periodo acotado para la investigación. La búsqueda se lleva a cabo por distintas vías, conformándose realmente en una investigación en si misma, en la medida que la producción relativa al tema es muy

limitada en trabajo social, ampliando el espectro de búsqueda a otras disciplinas especialmente medicina y enfermería.

Se generan alertas, con voces asociadas al concepto “visita domiciliaria”, en internet a nivel general en sistemas de búsquedas, en centros de documentación virtuales, bibliotecas virtuales, prensa y redes sociales, para detectar cualquier evidencia que pudiera ser de utilidad. Junto con ello, se revisa y registra (refwork-flow) material impreso de trabajo social o afín, que aporten alguna evidencia directa o indirecta al objeto de investigación. Se solicitan préstamos interbibliotecarios, se consulta físicamente bibliotecas y centros de documentación en los países mencionados (y otros), se adquieren libros en otros países aporten, aunque sea mínimamente alguna evidencia útil.

Finalmente, y a modo de nota complementaria de las sinergias generadas a partir del estudio relativo a la visita, comentar que dentro de este trabajo de profundización, se abre una nueva línea de estudio que se orienta al estudio del reflejo de las relaciones familiares en el espacio doméstico, y la oportunidad que ofrece la visita domiciliaria para aperebirse de ella. Este aspecto específico no se aporta en esta tesis, dado que la investigación de esta tesis, se centra más en las motivaciones, la percepciones, las vivencias los significados que le dan los informantes al visitar. Si aparecen referenciados en la bibliografía algunos artículos de quien suscribe, al respecto del análisis del espacio doméstico.

2ª. Fase de diseño:

Esta fase tiene un recorrido histórico hasta llegar al formato definitivo. La intención siempre estuvo centrada en caracterizar la visita domiciliaria en general, y no un tipo de visita más concretan en un contexto determinado. A partir de esa idea se

planteó focalizar el trabajo en el entorno de Sevilla, sin embargo, a partir de los sucesivos viajes antes mencionados, se amplió la zona muestral, y se proporcionó la muestra a los nuevos escenarios contemplados.

Por limitaciones de distinto orden (acceder a informantes, tiempo disponible, fondos, etc.), se renunció al registro de evidencias sobre la percepción de las visitas de los usuarios y familias que son visitados por parte de los/as trabajadores/as sociales; y de igual manera, también se renunció a recabar la percepción de otros profesionales acerca de la visitas de los/as trabajadores/as sociales.

El diseño de la investigación se concretó a partir de una idea central, que es la caracterización de la visita domiciliaria a partir de experiencias en Bogotá, Valparaíso y Sevilla. Se optó por la metodología cualitativa fenomenológica, por ser considerada la más adecuada para identificar los significados y las vivencias que los/as trabajadores/as sociales le dan al acto de visitar. Previa a esta elección, señalar como antecedente a la definición de la propia tesis y en el marco de mi recorrido histórico con este tema, la realización de un cuestionario preformado que se aplicó a estudiantes y trabajadores/as sociales sanitarios de varias zonas de Andalucía, los resultados, aunque siempre valiosos, no aportaban el discurso abierto, la narración sentida, el relato amplio de sus vivencias visitando. Esta experiencia previa inclinó definitivamente por la opción cualitativa y fenomenológica.

Se determino la entrevista como la técnica que abre la vía de acceso a los discursos de los actores. A partir los objetivos de la investigación, se concretó un guión de cuestiones a plantear a los informantes de la muestra (ver punto referido a la entrevista). Aunque se disponen de datos de grupos de discusión, dos en cada zona de estudio, se determinó su exclusión por la redundancia de significados, y la enorme dificultad de manejar tal volumen de datos cualitativos. Valles (1997), Rodríguez

Gómez (1999), Calderón (2002), Pérez Serrano (2004) y Morse et al.(2005), indican que los criterios de saturación y redundancia, designan el momento en el que el investigador se apercibe de que añadir nuevos participantes a la muestra, no ocasiona una comprensión mejor del fenómeno estudiado, el investigador no encuentra por parte de los informantes más explicación, interpretación o descripción del fenómeno estudiado.

Finalmente, dentro de esta fase de diseño, se definió la muestra a entrevistar, a partir del interés, de que fuera de amplio espectro contemplando las variables de experiencias de los informantes, edad, sexo, contextos de intervención y diversidad de población y programas donde practicaban la visita. La intención no era otra que, captar la variedad de significados que permitieran caracterizar la visita domiciliaria.

Se definió inicialmente, el muestreo aleatorio para cada zona para el acceso a la muestra, partiendo de la identificación al azar de profesionales a visitar a partir de listados de colegios profesionales y asociaciones y grupos profesionales en cada territorio. Sin embargo, a partir de unas primeras gestiones de contacto previo con las entidades gremiales, se advirtió de las dificultades, trabas e impedimentos en las tres zonas localizadas. A partir del limitado y escaso flujo de informantes aportados, se consideró, la opción muestral bajo la técnica *bola de nieve* (Valles, 2002), para seleccionar a los/as participantes. Esta técnica no resta valor a la muestra a partir del enfoque fenomenológico, por ello, a partir de los escasos contactos operativos recibidos por vía gremial, se generó un flujo de nuevos informantes a partir de estos iniciales. De igual manera, los contactos establecidos en cada zona a través de las universidades, y/o por colaboraciones académicas con otros centros, favoreció el acceso a la totalidad de la muestra.

Junto con la elección de la metodología, características y localización de la muestra, se definió un calendario de recogida de los datos en los tres entornos señalados.

3ª. Fase de recogida de datos:

Para el trabajo de campo, sobre la base del perfil de la muestra, se llevaron a cabo las dos acciones antes mencionadas con distinto éxito.

Como la secuencia de investigación se llevo a cabo un espacio temporal amplio, y secuenciado, previamente a cada viaje a Bogotá y Valparaíso, se establecían contacto que permitían directamente llevar a cabo a las entrevistas. Una vez en el destino, se ajustaban los tiempos con el resto de actividades académicas, programadas, y la disponibilidad de los/as profesionales. El apoyo de los enlaces en la zona, permitió completar esta tarea en cada ocasión. Además de contar con las colaboradoras en cada destino, que realizaron algunas entrevistas sobre la base de las instrucciones previas, para evitar prolongar más esta recogida de datos. En la zona de Sevilla las entrevista resultaron más accesibles y fluidas dado el contacto profesional con el entorno.

Las entrevistas, se realizaron fundamentalmente en el lugar de trabajo de los/as profesionales, también se pudo disponer de despachos de profesores de las universidades donde realizaba las actividades académicas; algunas se tuvieron que hacer en algún espacio público dada las dificultades para ajustar la agenda.

Se empleó la grabadora para el registro de los discursos, factor que inicialmente provocaba cierta resistencia, hasta que el informante se acostumbraba e ignoraba el aparato. Algunas grabaciones presentaba ciertos fragmentos de difícil audición por ruido ambiente (llamadas telefónicas, entrada de usuarios o personal del servicio en el despacho donde se estaba produciendo la entrevista). A las grabaciones se le sumó notas

personales que recogían palabras o expresiones destacadas, o transcripción de localismos. Para las transcripciones, dado el volumen de entrevistas, se contó con apoyo externo supervisado. El consentimiento para grabar, se registró también por vía de audio.

No se ha tenido ningún caso de rechazo a participar en la investigación, en ninguna de las tres zonas, se ha encontrado completa disposición a la participación, resultado llamativo para los informantes el objeto concreto de la investigación transnacional (la visita domiciliaria). Si hubo que cancelar algunas entrevistas debido a problemas de agenda de los/as informantes, o más. Una dificultad añadida, en las zonas fuera de Sevilla, fue los desplazamientos interiores por las dos ciudades (Bogotá y Valparaíso), y la localización concreta de los centros de trabajo para hacer las entrevistas.

4ª. Fase de análisis de los resultados:

A partir los archivos de texto generados con las transcripciones de las entrevistas, se llevó a cabo la preparación de los datos para ser procesados por el programa Atlas.ti. (de dicho programa solo tengo un conocimiento básico). El proceso previo seguido antes de generar los documentos primarios, fue agrupar por categorías los discursos, tomando como referencia las preguntas de la entrevista. Esto dio lugar a una secuencia de archivos por cada categoría (7), siendo cada una de estas 7 una unidad hermenéutica, que contenían las aportaciones de los 25 informantes de cada categoría concreta (7 unidades hermenéuticas por cada zona). Y así por cada zona de estudio Bogotá, Valparaíso y Sevilla (7 categorías por zona y 25 informantes en cada zona).

Los informantes fueron codificados, según el número de la entrevista y la zona de procedencia (ej. 1B, 4V, 7S). Se añade, en el apartado de participantes en la

investigación, un cuadro descriptor de la muestra en general por cada zona, donde se aportan datos genéricos de cada informante.

Un factor importante que ha hecho más complejo el proceso de análisis de datos, es que las respuestas de los informantes no se circunscriben solo a la pregunta formulada, sino que incorporan ejemplos, casos, reflexiones... que son susceptibles de incorporar en otra categoría/s surgida a partir de otras preguntas de la entrevista. Esto supuso, que la codificación de cada uno de los relatos en respuesta a cada una de la preguntas, generara a su vez resultados útiles para otras categorías. A la hora de concretar los informes de codificación, hubo que ir sumando todos esos relatos desgregados y diseminados por cada una de las categorías analizadas. Realmente, sin el programa Atlas.ti no hubiera sido posible el análisis dado el volumen de narrativas disponibles.

5ª. Fase del informe de resultados:

Sobre la base de los informes generados por el Atlas.ti, se procede a revisar todas las narrativas agrupadas por cada categorías y zona, identificando subcategorías (buena parte de ellas ya están codificadas a partir de memos o subcategorías creadas en el proceso de codificación). Realmente, cada subcategoría es lo que da la riqueza de los datos, ya que aportan matices, elementos diferenciales, aspectos concurrentes, concordancias con la teoría de la fundamentación, redundancias de discursos, etc. El informe final de resultados se elabora a partir de estos matices que desde la lógica fenomenológica se aprecian llenos de significaciones. Como señalaba Olaya (2005:5) entendemos más claramente su apreciación, cuando dice que:

Por fenomenología entendemos el discurrir que permite ver el fenómeno, tal y cual como se manifiesta. La fenomenología es la calidad del ser en el ahí que asiste a la manifestación del sentido del ser. Es conocimiento unitario,

universal, hermenéutico y trascendental, en cuanto interpretación del ser del ser ahí. (p.5)

2. 6. Consideraciones contextuales de los escenarios de la investigación.

Eje central analítico de esta investigación son las prácticas de la visita domiciliaria por los/as trabajadores/as sociales en una búsqueda de la caracterizar la visita domiciliaria a partir de experiencias transnacionales. Para ello el estudio se centra en tres ámbitos geográficos: Bogotá, Valparaíso y Sevilla, este marco geográfico no se circunscribe exactamente a la demarcación de cada ciudad, sino que se entiende más como zona geográfica, incluyendo experiencias de profesionales que laboran en su entorno geográfico cercano.

Se parte de la premisa de que en estos tres ámbitos señalados, se dan elementos comunes y diferenciales, lo cual se aprecia como una riqueza que permita caracterizar de manera más amplia el fenómeno estudiados, la visita domiciliaria. Así, con carácter general, se perciben aspectos comunes a partir del vínculo histórico-cultural latinoamericano, especialmente a través de la lengua. Y con carácter particular, un acceso compartido (mayor o menor) a literatura científica en ciencias y trabajo social publicada en español, que durante muchas décadas ha permitido el flujo e intercambio de teorías, investigaciones y experiencias. También presentan rasgos comunes, el hecho de haber seleccionado tres ciudades como demarcación geográfica para realizar la investigación, la variable *ciudad* o *zona metropolitana* sitúa a todos/as los/as informantes en un entorno similar.

A la vez que se contemplan elementos comunes básicos, también los hay diferenciales. Con carácter general, estas tres realidades, aun formando parte de la cultura occidental y latinoamericana, el devenir histórico de cada realidad la hace

diferente, su organización política y administrativa presenta rasgos diferenciales aun sobre una base de una organización democrática común, en el marco de una economía de mercado. Las políticas sociales de cada realidad está influida por prismas político y económicos diferentes, y los desarrollos de los servicios socioeducativos sanitarios, también presentan diferencias en cuando a su accesibilidad, dotación, e infraestructura. Y con carácter particular, en lo que se refiere al trabajo social también se contemplan diferencias, especialmente a los años de formación para la obtención del título, así como el posicionamiento y reconocimiento académico y social de la profesión.

Las zonas geográficas seleccionadas presentan el siguiente perfil:

Bogotá, Distrito Capital, en el Departamento de Cundinamarca. Es la capital del país, con una población 9.285.331 en 2015, incluyendo su área metropolitana. Se divide 20 localidades con más de 1.200 barrios. Su organización político-administrativa la forman en Concejo de Bogotá, con el Alcalde Mayor de Bogotá como jefe de gobierno. A nivel de trabajo social, se han identificado 8 centros de formación en el entorno de Bogotá. Los datos disponibles sobre egresados son de todo los centros formativos del país que ascienden a 2.491 graduados en 2014. Respecto a los profesionales en ejercicio, no ha sido posible coseguir el dato exacto, se han constatado entorno a la Federación Colombiana de Trabajadores Sociales (FECTS), 8 asociaciones profesionales en el país.

Valparaíso, capital de la región de Valparaíso, que junto a las comunas de Viña del Mar, Coclé, Quilpué y Villa Alemana, conforma el área metropolitana (Gran Valparaíso), con una población que supera el 1.000.000 de habitantes. Es sede de del Congreso Nacional. Es una ciudad costera, portuaria y turística. Respecto a trabajo social, se han identificado 9 centros de formación en trabajo social entre universidades e

institutos profesionales. Tras distintos intentos por vías diversas con las organizaciones gremiales, no se ha podido conseguir el dato concreto del número de profesionales en ejercicio de la región de Valparaíso. Según la profesora de trabajo social Violeta Flores F. (Universidad de Valparaíso), en 2013 llevó a cabo un catastro no completo de profesionales en el marco de una investigación, los datos aproximativos sitúan el volumen de profesionales en 435 en 2014 de lo cuales el 80% ejercían en servicios públicos y el 15% en servicios del tercer sector. De la cifra antes citada el 20% serían colegiados.

Sevilla, capital de provincia y de la comunidad autónoma de Andalucía, en 2014 cuenta con una población de 1.533.230 habitantes incluida su área metropolitana. Respecto a los estudios trabajo social, cuenta con 1 centro universitario. A nivel profesional cuenta con una organización colegial que agrupa a 1.214 trabajadores/as sociales en 2015, no pudiendo disponer de la cifra de los no colegiados.

2. 7. Característica de los participantes.

La muestra está compuesta por 75 trabajadores/as sociales , 25 por cada zona de estudio. Se diseñó la misma atendiendo a los criterios de diversidad, y representatividad, de tal manera que la posibilidad de caracterizar de forma general la visita domiciliaria en el trabajo social recogiera las voces de un amplio espectro de los trabajadores/as sociales que practican la visita domiciliaria. En la muestra están representados estudiantes de trabajo social que realizan visita domiciliaria en sus prácticas académicas, también los profesionales en ejercicio de menor experiencia hasta profesionales jubiladas que acumulan muchos años ejercicio del profesional visitando.

También se ha contemplado la proporcionalidad de género en la profesión, la mayoría son mujeres, con una presencia de hombres más testimonial en correspondencia al perfil general de la profesión.

Se perciben como muy amplios y diversos los escenarios donde ejercen, o han ejercido profesionalmente, (y de donde emana su experiencia visitando). Se observa también, la intervención con distintos sectores de población, en distintos contextos profesionales, y vinculados a servicios tanto públicos como no públicos. En la consideración de los vínculos profesionales institucionales, no solo se ha contemplado los aportes que los participantes han podido realizar en servicio donde en el momento de la entrevista laboran, sino considerando las experiencias previas en otros trabajos donde también visitaban. Esto se ha considerado de gran valor por la riqueza que aportan de vivencias y significaciones al hecho de visitar. A los efectos de la tabla muestral, ha resultado difícil codificar los distintos recorridos experienciales de los informantes ya que la mayoría han trabajado (o trabajan) en más de un servicio.

Todos los informantes cuenta con experiencia en visitar, quienes tienen menos son los estudiantes que según los centros de prácticas ofrecen más o menos posibilidad de visitar. De igual manera, hay profesionales que en el momento de la entrevista, no visitan debido a su cargo que no comporta trabajo de calle/sobre terreno, sin embargo, se ha contemplado como muy útil para la investigación sus dilatadas experiencias previas.

La cuantificación del promedio de visitas que realizan los informantes, se ha estimado finalmente a la semana, resultando este dato extraordinariamente difícil de promediar. Algunos informantes han aportado datos mensuales, o diarios, en otros casos se correspondían con una gran variabilidad dependiendo de la demanda, carga de trabajo, momento del año, etc. Sobre la base de los relatos, y con la intención de tener

una información estimada, se ha señalado el dato promedio de visitas realizadas semanalmente, ponderando aquellos datos que se ofrecían o bien al mes o al día.

Se aportan tres tablas de cada zona objeto de estudio, donde la codificación inicial se corresponde con el número de la visita, y la zona geográfica a la que corresponde. Este código es el mismo que se utiliza en los relatos que se extraen como muestra de evidencias del informe de resultados. En cualquier caso, se recuerda, que los informantes cuando responden las preguntas de la entrevista, se remiten tanto a su experiencia en el momento de la entrevista, como a las previas.

Se aporta también una tabla con los datos globales y una relación ámbitos de intervención de los informantes participantes en la investigación.

MUESTRA DE BOGOTÁ

CODIGO	EDAD	SEXO	AÑOS EXPERIENCIA PROFESIONAL	EXP. VD.	REALIZA VISITAS	CONTEXTO/CENTRO
1B	25	M	Estudiante	Si	Si, habitualmente	Exclusión Social - ONG Atención humanitaria
2B	32	H	10	Si	Si, Habitualmente	Bienestar Familiar ICBF
3B	65	M	+10	Si	Si, habitualmente	Menores riesgo - ONG
4B	28	M	6	Si	No, en este momento.	Sanidad - Hospital
5B	30	M	6	Si	Si, 7 semanales	Familia-Menores riesgo - ONG
6B	22	M	Estudiante	Si	Si, sin determinar	Serv. Comunitarios
7B	41	M	15	Si	1 a la semana	Familia-Fundación
8B	31	H	6	Si	10 semanales	Sanidad Hospital
9B	48	M	20	Si	5 semanales	Juventud - ONG
10B	61	M	26	Si	Jubilada	Exp. Familia ICBF y Fiscalía
11B	47	M	26	Si	2 semanales	Educación - Colegio
12B	32	M	10	Si	6 semanales	Gobierno Local- Menores
13B	34	H	11	Si	Si, habitualmente	Consultoría de empresas
14B	27	M	Estudiante	Si	Sin determinar	Sanidad -Prácticas
15B	43	M	15	Si	15 semanales	Bienestar familiar –población desplazada
16B	30	M	3	Si	5 semanales	Bienestar social –menores en riesgos
17B	30	M	3	Si	4 semanales	Protección menores
18B	26	M	4	Si	Sin determinar	Educación – Colegio
19B	33	M	11	Si	6 semanales	Gobierno local distrito – integración social
20B	48	M	15	Si	Actualmente no, con exp.	Desarrollo social – ONG
21B	31	M	5	Si	3 semanales	Menores en riesgo – ONG
22B	50	M	22	Si	8 semanales	Gobierno local distrito – Integración social
23B	42	M	13	Si	5 semanales	Bienestar familiar – Asesoría familiar
24B	28	M	4	Si	4 semanales	Bienestar familiar – Asesoría familiar
25B	29	M	5	Si	3 semanales	Menores en riesgo – Programa distrito

Tabla 1.

MUESTRA DE VALPARAÍSO

CODIGO	EDAD	SEXO	AÑOS EXPERIENCIA PROFESIONAL	EXP. VD.	REALIZA VISITAS	CONTEXTO/CENTRO
1V	24	H	Estudiante	Si	Si en prácticas	Familia – Programa familia ONG
2V	21	H	Estudiante	Si	Si en prácticas	Serv. Comunitario
3V	24	M	1	Si	Sin determinar	Familia – Centro sociojurídico
4V	20	M	Estudiante	Si	Si en prácticas	Sanidad-Hosp. Salud Mental
5V	22	M	Estudiante	Si	Si en prácticas	Protección social – Gendarmería
6V	42	M	2	Si	+6 semanales	Familia en riesgo- P. Puente
7V	45	M	10	Si	3 semanales	Liberta vigilada – gendarmería
8V	33	M	5	Si	4 semanales	serv. Comunitarios - Municipalidad
9V	25	M	1	Si	2 semanales	Infancia y juventud – Consultorio socio jurídico
10V	33	M	5	Si	3 semanales	Serv. Comunitarios ONG
11V	40	M	20	Si	2 semanales	Infancia – Centro infantil
12V	26	H	2	Si	10 semanales	Familias en riesgo- P. Puente- tribunal menores
13V	27	M	5	Si	6 semanales	Violencia familiar- Municipalidad
14V	31	H	6	Si	6 semanales	Exclusión social – Municipalidad
15V	41	M	20	Si	1 semanales	Peritaje social – docencia
16V	51	M	30	Si	Actualmente no . Años de exp.	Exclusión social Centro social
17V	41	H	15	Si	5 semanales	Protección – Gendarmería
18V	40	M	15	Si	4 semanales	Drogodependencia – Educación
19V	47	M	8	Si	+6 semanales	Serv. Comunitarios - Municipalidad
20V	48	M	10	Si	+10 semanales	Reinserción social – Gendarmería
21V	47	M	10	Si	3 al mes	Protección Menores – tribunal
22V	64	M	25	Si	6 semanales	Exclusión social – Municipalidad
23V	35	M	10	Si	8 semanales	Vivienda - Municipalidad
24V	35	M	10	Si	8 semanales	Servicios comunitarios – Municipalidad
25V	42	H	10	Si	10 semanales	Familias en riesgo -P. Puente

Tabla 2.

MUESTRA DE SEVILLA

CODIGO	EDAD	SEXO	AÑOS EXPERIENCIA PROFESIONAL	EXP. VD.	REALIZA VISITAS	CONTEXTO/CENTRO
1S	49	M	20	Si	Ahora no. Años de exp.	Sanidad – Hospital ; Salud mental
2S	38	H	10	Si	Ahora no. Años exp.	Dependencia – Adopción – Comun.. Autónoma.
3S	44	M	11	Si	1 semanal	Mayores – Centro Mayores
4S	38	M	14	Si	Sin determinar	Protección Menores ONG
5S	62	M	32	Si	3 semanales	Sanidad – At. Primaria –Salud M.
6S	38	M	15	Si	2 semanales	Serv. Comunitarios Adm. Local
7S	31	M	5	Si	2 semanales	Serv. Comunitarios – Dependencia – Adm. Local
8S	39	M	15	Si	2 semanales	Serv. Comunitarios –Adm. Local
9S	52	H	27	Si	3 semanales	Serv. Comunitarios – Adm. Loc.
10S	42	M	22	Si	2 semanales	Serv. Comunitario Adm. Local
11S	50	M	25	Si	Ahora no. Años exp.	Infancia Adolescencia Adm. Local
12S	56	M	25	Si	2 semanales	Exclusión social –Serv. Comunitarios
13S	57	M	26	Si	Ahora no. Exp. Años	Exclusión Social-Menores- Adm. Local
14S	49	M	25	Si	Sin determinar	Educación-Exclusión social Adm. Local
15S	68	M	38	Si	Ahora no. Años exp.	Protección de menores – Adm. Provincial
16S	44	H	18	Si	2 semanales	Protección Menores-Familia Adm. Local
17S	49	H	25	Si	3 semanales	Discapacidad – ONG
18S	50	M	23	Si	2 semanales	Discapacidad Entidad Priv.
19S	46	M	19	Si	Sin determinar	Mayores Ent. Priv.
20S	58	M	26	Si	Sin determinar	Serv. Comun. - Mayores
21S	31	M	8	Si	2 semanales	Sanidad – Aten. Primaria
22S	31	M	6	Si	2 semanales	Sanidad – Salud mental
23S	23	H	Estudiante	Si	Sin determinar-practicas	Serv. Comunitarios
24S	21	M	Estudiante	Si	1 semana – prácticas	Familia juventud ONG
25S	22	M	Estudiante	Si	1 semanal – practicas	Serv. Comunitarios Depend.

Tabla 3.

En la tabla siguiente se resumen las características generales de la muestra:

Características de la muestra	Bogotá	Valparaíso	Sevilla
Media de edad:	36.5 años	36.1 años	43.5 años
Sexo:			
-Mujeres:	22 mujeres.	19 mujeres.	20 mujeres.
-Hombres:	3 hombres.	6 hombres.	5 hombres.
	Total: 25	Total: 25	Total: 25
Promedio de años de experiencia como ts:	12 años.	10 años.	19.7 años.
Experiencia en visitas domiciliarias:	El 100%	El 100%	El 100%
Promedio de visitas a la semana:	6 aprox.	5 aprox.	2 aprox.
	Contexto profesional:		
-Público:	68%	88%	76%
	-Población General: 3	-Población General: 11	-Población General: 10
	-Familia/Menores: 11	-Familia-Menores: 11	-Familia-Menores: 6
	-Salud: 3		-Mayores: 3
-Privado:	32%	12%	24%
	-Población General: 3	-Población General: 1	-Población General: 1
	-Familia/Menores: 4	-Familia: 2	-Familia/menores: 2
	-Juventud: 1		-Mayores: 2

Tabla 4.

En relación a la tabla 4., señalar que el promedio de visitas semanales es un dato aproximativo, en la medida que la frecuencia de visitar puede cambiar sustancialmente a lo largo del año. También destacar que los datos relativos a la experiencia en realizar visitas, los informantes no los circunscriben solo al puesto de trabajo en el momento de realizar las entrevistas. Finalmente apuntar que se han generado grupos generales para concretar los contextos de intervención profesional dada la dificultad de catalogación y homogenización según las zonas estudiadas. Así mismo, por privado se entiende tanto servicios propios del tercer sector, como privados propiamente dicho (empresas, ejercicio libre, consultorías...).

2. 8. Instrumento para la investigación: La entrevista.

Galeano (2004), Hutchinson y Wilson (2003), consideran la entrevista como una de las herramientas más útiles e indicada para acceder a datos de naturaleza cualitativa. Un valor muy importante que ofrece la entrevista, según Delgado y Gutiérrez (1994), Hutchinson y Wilson (2003), es que ofrece la posibilidad de la conversación directa que permite la exploración de realidades y experiencias personales, y además permite el acercamiento a las percepciones, creencias y diversas formas de ver el mundo. Para Galeano (2005), el diálogo establecido entre investigador y entrevistado, permite que afloren cómo se construyen las relaciones y las acciones en un determinado contexto, lo cual acerca al investigador al conocimiento de las subjetividades del entrevistado.

La entrevista como técnica de recogida de datos, presenta distintas variantes, una de ellas es la denominada *entrevista semiestructurada individual* (Sandoval, 2002; Zapata, 2013), esta es la opción elegida para esta investigación, ya que este tipo de entrevistas son apropiadas el flujo de datos debido a que el orden sugerido para su desarrollo permite al informante al responder hacer aportaciones en otras categorías de la investigación, además permite la respuesta libre y abierta por igual a todos los entrevistados Mayan (2001). A la vez, otra ventaja, es que permite la inclusión de nuevas formulaciones, o petición de precisiones o detalles adicionales al entrevistado (Sandoval, 2002).

En la elección y aplicación de este tipo de entrevista, se han tenido en cuenta, siguiendo a Merton y Kendall (en Valles, 1997), los cuatro criterios relevantes sobre la entrevista: La no dirección, por la que trata que la mayoría de las respuestas sean libres o espontáneas, en vez de forzadas o inducidas. La especificidad, por la cual se anima al entrevistado a dar respuestas concretas, no difusas o genéricas. amplitud, que procura

indagar en la gama de evocaciones y recuerdos experimentadas por el entrevistado. Finalmente, la profundidad y contexto personal, por la que “la entrevista debería sacar las implicaciones afectivas y con carga colorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia tuvo significación central o periférica, debería obtener el contexto personal relevante, las asociaciones ideosincráticas, las creencias y las ideas” (Valles, 1997, p.185).

De igual manera, siguiendo a Valles (1997, 2002), la técnica de la entrevista es útil porque asegura que el investigador obtendrá toda la información pretendida, a la vez que permite que el entrevistado tenga libertad para responder y aclarar los conceptos del estudio. Del mismo modo, la entrevista es un método adecuado para recoger el discurso verbal de los participantes en el interés de comprender la perspectiva que una persona tiene de acerca de un determinado tema, y que en nuestro caso concreto nos sitúa en el núcleo de los discursos sobre la visita domiciliaria.

Dada la metodología fenomenológica elegida, este tipo entrevista es especialmente adecuada para recoger información subjetiva y personal de los actores sociales (Ribot et al.,2000); permite apreciar como los sujetos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales, así, el objeto de esta investigación sobre las prácticas de la visita domiciliaria, será analizado a través de la experiencia que los informantes tienen de la misma (Delgado y Gutiérrez, 1994). La particular apertura de esta técnica permite que el entrevistado comparta información de gran riqueza para el objeto de investigación, a partir de su experiencia .

Un aspecto relevante y complementario a la entrevista es el empleo de registros complementarios a partir de la observación de cada entrevista; así la toma de notas resulta conveniente ya que permite registrar información de tipo no verbal, que ayudan

a una comprensión más profunda en el momento de la transcripción y el análisis, en forma de observación.

Guión de la entrevista.

Datos sociodemográficos y experienciales:

- *Sexo y edad.*
- *Años de experiencia laboral como trabajador/a social*
- *Institución donde trabaja actualmente, número de años de antigüedad y cargo en la misma*
- *Otras instituciones relevantes en las que ha trabajado.*

Práctica de la visita en la actualidad:

- *¿Realiza visitas domiciliarias habitualmente?*
- *¿Con que asiduidad las realiza?*
- *¿Qué media de visitas realiza al mes/semana?*

Preguntas sobre la visita:

- *Si tuviera que definir que es una visita domiciliaria, qué conceptos, términos, ideas o aspectos esenciales debería contener esa definición (Se le aclara: No le pide que elabore una definición improvisada, sino que señale algunos aspectos conceptos, términos, ideas esenciales que tendría su definición de visita domiciliaria).*
- *Como trabajador/a social, ¿qué es lo mas distintivo de la visita domiciliaria para los trabajadores/as sociales a diferencia de las visitas que puedan realizar otros profesionales?.*
- *En el marco de tu institución o servicio donde trabajas, (o de tu experiencia en el caso de no estar actualmente trabajando o visitando), podrías indicar cuales son los tres objetivos o fines más frecuentes por los que haces visitas a los casos? (Aclaración, puede que los objetivos para*

visitar sean muy numerosos, por lo cual se le pide la posibilidad de concreción en los más frecuentes).

- Según tu experiencia y desarrollo profesional, ¿consideras que todos los casos requieren ser visitados?

- En el marco de tu contexto profesional, y de tu práctica como trabajador/a social, cuando visitas un domicilio, ¿en que te fijas, qué observas especialmente cuando haces una visita domiciliaria dentro del espacio domestico?, y ¿que te motiva a prestar más atención a esos aspectos?

- Cuando realizas visitas empleas alguna metodología, ¿planificas la visita?, ¿qué fases y/o pasos estableces para llevar a cabo la visita?

- ¿Avisas a los usuarios antes de hacerles las visitas?, (anticipas), ¿Podrías compartir qué motivaciones tienes a la hora de avisar o no de la visita?

- En la práctica de la visita domiciliaria, ¿se te ha planteado en alguna ocasión algún dilema ético?

- Podrías compartir cuales son las emociones más frecuentes que sientes antes – durante – después de hacer las visitas domiciliarias.

- Para terminar, ¿tienes alguna aportación o aspecto relevante no preguntado que desees aportar?

2. 9. Rigor metodológico.

En el proceso de investigación, para asegurar la validez y rigor metodológico, se han empleado métodos complementarios. Uno de ellos fue la triangulación metodológica, entendida por Valles (1997) como el uso de varios métodos de investigación en el estudio del mismo objeto. Un método fue la observación como técnica de investigación (Santos, 1990), tanto del desarrollo de la entrevista, como en el

acompañamiento a visitas domiciliarias en cada zona. De igual manera, la realización de seminarios y talleres sobre visita domiciliaria en cada una de los entornos estudiados, con profesionales del mismo perfil, permitió disponer de información relevante que permite contrastar las informaciones de la muestra objeto de estudios.

Atendiendo a los presupuestos de Bover (2004), cuando consideraba que también la revisión de la literatura existente sobre la cuestión objeto de investigación, es un método complementarios para el garantizar el rigor metodológico. Para ello, se emplearon resultados de investigaciones ya publicadas a partir de la consulta de distintas bases de datos Medline, Cuiden, Cinahl, Pubmed, Cochrane, Psycinfo, Scielo, Dialnet, etc se identificó material científico publicado en trabajo social y otras disciplinas sobre la visita domiciliaria. Todo ello permitió cruzar resultados con los datos obtenidos a partir de nuestra muestra. Se citan algunas de ellas: Casallas, M.A., Condina, L., Medina, A., Torres, L. (2007). Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarias de familia de Bogotá D.C. *Revista tendencias y retos*. N°12:239-241. Octubre 2007. Kotliarenko, M.A., Gomez, E. (2010). Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de atención temprana. *Rev. Salud Pública*. 12 (2): 184-196. Fierro, S. & Salcedo, E. (2003). De la visita domiciliaria a la consulta social domiciliaria con fines terapéuticos: una opción de desarrollo en la intervención de trabajo social en el Centro Zonal de Suba. *Revista de Trabajo Social* N. 4(19). 36-42. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Colombia.

Finalmente señalar que en esta investigación cualitativa se han tenido en cuenta los siguientes criterios que afectan al rigor metodológicos:

- *Credibilidad:*

Para Morse (2005) éste criterio designa el grado de concordancia y de asentimiento que se establece entre el sentido que el investigador atribuye a los datos recogidos y la concordancia percibida por los participantes en el estudio, para ellos se intentó verificar con los participantes, los datos resultantes obtenidos, para comprobar si se sienten representados en ellos. Señalar que esta investigación, y que para este fin, la dificultad de comprobación fue mayor en las zonas alejadas de Sevilla.

- Transferibilidad:

Según Castillo y Vásquez (2003), refiere el criterio de transferibilidad, entienden que los estudios cualitativos generan datos de alto valor social por ser contextualizados, pero eso hace que ellos no sean generalizables. En la misma línea Morse (2005), señala que el propósito de la investigación cualitativa no es producir generalizaciones sino más bien comprensión y conocimiento en profundidad de los fenómenos particulares los resultados son transferibles a contextos que compartan similitudes sociodemográficas y socioculturales con el contexto en el que se recogen los datos.

En este caso, esta investigación, al producirse en tres escenarios ha permitido apreciar, las diferencias y similitudes de la práctica de la visita domiciliaria. Los resultados obtenidos en cada entorno, no solo sirve para la caracterización general, sino para la transferencia entre ellos. De igual manera, son muy útiles para emplearlos en la formación de estudiantes de trabajo social.

- Subjetividad:

La subjetividad del investigador cualitativo (y no solo cualitativo) es un elemento clave que influye en todo el proceso, en la medida que define el objeto, la selección de datos, el método de análisis e interpretación, etc. Siguiendo a De la Cuesta (2003), entiende que al investigador cualitativo como instrumento flexible, en el cual, la reflexibilidad surge como elemento fundamental, dado que el investigador no se borra

del estudio, sino que se convierte en un instrumento para obtener y comprender los datos de la experiencia de los informantes. Robles (2002), señala que “conceptuar al sujeto investigador como un sujeto ubicado, no sólo a partir de la posición que ocupa en el mundo académico, sino también por su subjetividad y su relación con el objeto que investiga, en este caso a través de sus experiencias personales” (p.324). En investigación cualitativa es esencial demostrar que el investigador construye la investigación utilizando la reflexividad. De la Cuesta (2003), cita a Janesick (2000), para explicar que, el diseño de la investigación debe ser flexible, adaptándose, transformándose y rehaciéndose conforme avanza el estudio. Se trata de un proceso interpretativo en el que el investigador se reubica y contextualiza el proceso inicial del estudio, en el marco de la experiencia compartida entre él/ella y los participantes, o lo que es lo mismo, dentro de la reflexividad.

CAPÍTULO 3.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se detallan los hallazgos obtenidos a partir de la investigación. El grueso de las evidencias narrativas se presentan en un documento anexo dada la extensión de las mismas, no obstante, en cada una de las categorías se presentan narrativas sustantivas e ilustrativas de las aportaciones de los informantes. Los resultados se aportan a partir de 7 categorías de análisis, dichas categorías se corresponden con una o varias de las cuestiones planteadas en el guión de la entrevista.

En el cuadro siguiente se pueden apreciar cada una de las categorías y las distintas subcategorías de análisis que se han derivado a partir de las narrativas de los/as informantes. Respecto a la 6ª y 7ª categoría, se destaca que están en el mismo epígrafe por estar ambas incluidas dentro de la misma temática: ética y visita domiciliaria, aunque conectadas se desglosan los resultados por separado.

Las categorías de análisis son:

- 1ª. Conceptualización de la visita domiciliaria por los/las trabajadores/as sociales.
- 2ª. Identificación de los elementos distintivos de las visitas domiciliarias los/as trabajadores/as sociales.
- 3ª. Objetivos por los cuales los/las trabajadores/as sociales realizan visitas domiciliarias
- 4ª. Metodología empleada para realizar las visitas domiciliarias.
- 5ª. Emociones sentidas por los/as trabajadores/as sociales, al realizar las visitas domiciliarias.
- 6ª y 7ª. Visita domiciliaria sorpresiva; Dilemas éticos en la práctica de la visita domiciliaria.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
CATEGORÍA 1ª: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. La visita domiciliaria conceptualizada como una forma de Relación. 2. La visita domiciliaria conceptualizada como Técnica/Herramienta/Instrumento. 3. La visita domiciliaria conceptualizada en función de los Objetivo que persigue (para qué visitar). 4. La visita domiciliaria conceptualizada en función de la Observación que se hace sobre el terreno (qué ver).
CATEGORÍA 2ª: IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DISTINTIVOS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visión integral de la visita domiciliaria de los trabajadores/as sociales. 2. Habilidades para la relación mostrando proximidad, cercanía y acompañamiento. 3. Flexibilidad para adaptarse a escenarios cambiantes. 4. Actitud pro-actica, involucración en los casos y trabajar por el cambio. 5. Contemplar simultáneamente el contexto, las relaciones familiares, espacio doméstico y extradoméstico.
CATEGORÍA 3ª: LOS OBJETIVOS POR LOS CUALES LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES REALIZAN VISITAS DOMICILIARIAS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objetivos orientados a la evaluación del caso. 2. Objetivos orientados a la intervención con el caso. 3. Objetivos centrados en establecer y/o fortalecer la relación con el caso.
CATEGORÍA 4ª: METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA REALIZACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deconstruir la acción de visitar. 2. Flexibilidad vs Rigidez. 3. Metodología básica.
CATEGORÍA 5ª: EMOCIONES SENTIDAS POR LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES AL VISITAR. ESCENAS TEMIDAS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipos de emociones. 2. Escenas temidas en la práctica de la visita domiciliaria.
CATEGORÍA 6ª Y 7ª: VISITA DOMICILIARIA SORPRESIVA DILEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No anticipar la visita del trabajador/a social. 2. Si anticipar la visita del trabajador/a social. <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilemas Éticos en la práctica de la visita domiciliaria.

Tabla 5.

3. 1. CATEGORÍA 1ª: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA.

En la fundamentación se puede ver como definen la visita domiciliaria distintos autores/as, cuales son las ideas, variables, conceptos, términos, condiciones, consideraciones... que emplean para construir sus definiciones. En este punto de la investigación, a los informantes se les cuestiona sobre lo mismo, se les pedía que a partir de su experiencia y trabajo diario visitando, aporten claves que sirvan para visualizar su conceptualización de la visita domiciliaria. Se pretende con ello caracterizar la visita domiciliaria a partir de la conceptualización que realizan los profesionales (informantes) que trabajan sobre terreno.

A los/as trabajadores/as sociales entrevistados no se le ponía en la tesitura de improvisar una definición elaborada, cerrada y completa sobre lo que entienden por visita domiciliaria en el mismo instante de la entrevista. Se les solicitaba algo que se entendía más accesible, como era que identificaran conceptos, términos o ideas que si pudiera contener su definición de visita domiciliaria, en el caso de tener que elaborarla; y además que explicaran que les lleva a incluirlos en esa hipotética definición de visita domiciliaria.

Sobre la base de las narrativas aportadas por los/as informantes a la hora de conceptualizar las visita domiciliaria, se observa en los resultados que hay una coincidencia en señalar elementos comunes en los testimonios al respecto de la conceptualización.

Los objetivos que se perseguían con esta formulación eran, por un lado, identificar las ideas esenciales de lo que podría ser su definición; y de otra parte,

ampliar el espectro de matices y aportaciones que cada informante podría aportar sin constreñirlos a una formulación cerrada e improvisada. Es decir, se les solicitaba partes de una definición de forma desagrada, para una vez analizadas, poder tener una visión de conjunto.

Los resultados obtenidos respecto a la forma de conceptualizar la visita domiciliaria por los/as trabajadores/as sociales entrevistados, se han agrupado en subcategorías que se detallan a continuación. Esta forma de agrupamiento, lo que recoge es las tendencias a las que apuntan sus narrativas, caracterizando su visión de la visita:

1. La visita domiciliaria conceptualizada como una forma de Relación.
2. La visita domiciliaria conceptualizada como
Técnica/Herramienta/Instrumento.
3. La visita domiciliaria conceptualizada en función de los Objetivo que persigue
(para qué visitar).
4. La visita domiciliaria conceptualizada en función de la Observación que se
hace sobre el terreno (qué ver).

Cada informante particular ha realizado aportes que luego en este análisis de resultados se incluyen en subcategorías diferentes por cuestiones metodológicas, no siendo excluyente entre si, que un mismo informante realice aportes que puedan ser clasificables en varias de las subcategorías anteriores. Por ejemplo, la consideración de la visita como técnica para un informante, no excluye, que aporte otra idea o concepto para su definición que también la considere como una forma de relación.

Un hallazgo relevante, es apreciar que no hay grandes diferencias respecto a las variables contempladas en las definiciones de los autores expuestas en la

fundamentación, y las que los profesionales aportan. La diferencia está en la forma y no tanto en el fondo, los informantes lo hacen de manera desagregada e improvisada, y los autores/as citados, en definiciones que éstas más estudiadas y reflexionadas, pero los elementos esenciales son muy similares.

Otro dato importante, es la visión poliédrica de la visita domiciliaria atendiendo a los testimonios. La conceptualización de la visita, muestra distintas caras del mismo fenómeno, así algunos/as informantes la conceptúan desde los objetivos que pretende cumplir, otros/as desde la consideración de técnica, otros/as según lo que se pretenda apreciar sobre el terreno; y otros/as incluyen todas esas miradas conjuntamente.

En los tres escenarios (Bogotá, Valparaíso y Sevilla) están presentes las cuatro subcategorías expuestas. No se observan grandes diferencias, sino más bien matices sutiles, que en muchos casos tiene que ver más con la capacidad narrativa de los entrevistados, que con las diferencias de concepto.

Los/as informantes de Bogotá son los que más resalta la consideración de la visita como *forma de relación*, seguidos de los de Valparaíso y finalmente Sevilla. De igual manera, los/as informantes de Valparaíso y Sevilla hacen más referencia a la misma como técnica o instrumento. En todos los escenarios aparece por igual, y de manera destacada, la conceptualización de la visita a partir de los objetivos que las motivan, y los aspectos a observar en las mismas. No se ha identificado ningún aporte que sea disruptivo, que rompa con la uniformidad de la consideración de las visitas, esto es considerado un dato relevante, dado que estamos hablando de tres escenarios geográficamente muy distantes.

Como aspecto relevante señalar, que pese a tratarse de tres realidades diferentes las estudiadas, con informantes pertenecientes a contextos, servicios y experiencias diferentes en cada uno de los escenarios, se da una coincidencia en la presencia de la

cuatro subcategorías anteriores a la hora de conceptualizar la visita: la dimensión humana (la relación entre los actores); la perspectiva técnica (el cómo llevarla a cabo); la intencionalidad (los objetivos, el para qué); y la dimensión operativa (qué observar y/o hacer durante las visitas).

3. 1. 1. La visita domiciliaria entendida como una forma de Relación.

Inicio el análisis de los resultados de esta subcategoría, dándole la voz a los actores (informantes), advirtiéndole su consideración de la visita desde la perspectiva de la relación. Resalto inicialmente este fragmento de la segunda cita que detallo a continuación, por su valor humano y sensibilidad, resultando hasta cuasi poético el relato: “...el definir la mirada del otro a través de su vivencia, de ese espacio que tu compartes con él...” (16B)

...para mí una visita, qué rico es que se sienta que uno está con otro ser humano, más allá de que yo soy el profesional y que usted es el que me necesita, pienso que algo muy importante y determinante... pienso que es con la actitud que usted va y el respeto, sentir que el otro es un ser humano que puede compartirnos y que vamos a ganar un espacio, para lo que es sentirlo como un ser humano semejante que también tiene problemas como los míos... . 9B

...los aspectos que reúne la visita para mi, los conceptos son esos, la sensibilidad, la disposición, el acercamiento relacional, el acercamiento contextual, el definir la mirada del otro a través de su vivencia, de ese espacio que tu compartes con él, si tu vas, entras a su casa, te sientas ahí con esa persona, entonces ya como que tus ojos cambian completamente, tu sentir, tu mirada, todo y ya empiezas a verlo diferente, la visita apoya eso, porque no es solo la persona que llega a tu institución a buscar una ayuda sino que tu vas a ese lugar y empiezas a plantear la ayuda diferente o empiezas a plantear como un puente diferente entre ambos... 16B

Estas dos narrativas, responde en esencia a ese sentido humanista, del reconocimiento del otro, desde el respeto y la ética profesional; podrían ser dos fragmentos excelentes para introducir a los estudiantes de trabajo social en la técnica de la visita domiciliaria. Sin embargo no todos los posicionamientos son iguales a estos

como veremos.

Con carácter general, un hallazgo muy importante, es el valor que le dan los informantes a establecer la relación como un hecho relevante. Incorporan a la idea de relación una gran cantidad de matices, en ellos se evidencian sobre el terreno, los rasgos más característicos de Rogers (1986), Giordani (1997), Bermejo (1998^a) sobre el encuentro *personas a persona*, o de Richmond (1995) del trabajo social *mente a mente*, o Goffman (1994) en la interacción *cara a cara* en la vida cotidiana.

La visita domiciliaria implica cercanía y proximidad humana, y son recurrentes en los discursos de los informantes, las expresiones como: *encuentro, acercamiento, rapport, intercambio, relación, respeto, confianza, claridad y empatía*. Relevante es también la consideración de la visita como *punto*, siendo esta una de las varias metáforas¹⁵ empleadas por los informantes.

creo yo... que los conceptos imprescindibles son algo así como vínculo, acercamiento, confianza, incorporación a la realidad, a ver... a veces cuesta..., no creas. 20C

Otro aspecto importante, creo que es el rapport que requieren las visitas domiciliarias, con esto me refiero a que una visita domiciliaria exitosa para mí, es aquella en donde se da un buen rapport entre la familia o persona y el profesional, ya que siento que sin eso la información que se entregue puede estar más viciada de lo normal, o bien puede ser también que el ambiente esté muy tenso". 10C (Entiéndase por rapport: sintonizar emocional y cognitivamente, empatizar).

Es importante observar desde que posicionamiento se acerca los profesionales al domicilio. La primera opción identificada en esta subcategoría (forma de relación), se aprecia desde la segunda cibernética (Hoffman, 1992), en la que el profesional forma parte del fenómeno observado y no solo como operador de cambios desde fuera. Pero también, desde esta teoría del control enunciada por Weiner en 1948 (Hoffman, 1992),

¹⁵ La visita como una radiografía del espacio doméstico, como una imagen a color, como un vídeo frente a la entrevista que es fija, etc.

se encuentran narrativas en muchos momentos de las entrevistas, en las que los informantes promueven un acercamiento marcadamente asimétrico, donde el observador se sitúa fuera del fenómeno observado (primera cibernética). Es decir, un acercamiento mirando desde arriba, instalado en el comprobar, contrastar, descubrir... Ambas tendencias están presente en los tres escenarios de forma similar.

A continuación se destacan los matices respecto de la conceptualización de la visita como forma de relación. Desde esta mirada, los informantes aportan la idea de respeto, tanto por las personas como por sus espacios; también la claridad de intenciones y acciones al visitar, así como la empatía, adaptación y acercamiento.

- Respecto:

Singular importancia adquieren los hallazgos sobre la idea de respeto. La palabra respeto aparece repetida por los/as entrevistados de Bogotá en 50 ocasiones, en Valparaíso en 34 y en Sevilla 26. Quizás lo más relevante no sea el número, sino la consideración a la hora de incluirla en sus conceptualizaciones.

Esta idea de respeto, en el marco de un encuentro humano, parece situar a la visita domiciliaria en un escenario de gran sensibilidad y asepsia profesional. Sin embargo, este dato contrasta con los hallazgos entorno a la visita domiciliaria sorpresiva o no avisada, y/o a las intervenciones de control.

En este punto estas visitas, esa idea de respeto parece cuestionada, parece que deja de lado el valor de la dimensión relacional, al menos desde la autenticidad necesaria (Rogers, 1986).

Dentro de la idea de respeto, se han encontrado expresiones en tres direcciones: respeto a las personas, respeto por los espacios, y respeto a través de la claridad-transparencia.

...en la experiencia que yo he tenido..., las visitas domiciliarias están guiadas más por un concepto de respeto, de tener claridad con la gente [...] ...sí, una visita puede generar expectativas si uno no es claro, entonces pienso que sería como también claridad y transparencia frente a la gente está donde se puede llegar, sobre todo nosotros que realizamos procesos, que digamos intentamos acompañar la gente para orientarla, pues hay que ser muy claros en lo que se va a hacer frente a la situación familiar, hasta donde se puede llegar. 17B

Hay ciertos valores que tenemos que tener presentes, desde el respeto, el nosotros adecuarnos a sus normas, a su estilo, a su cultura... Somos profesionales de apoyo que llegamos al mundo privado, a lo más delicado de una persona. 21V

Se identifican testimonios en los que los/las informantes, amplían el respeto a las personas hacia su espacio también. El domicilio visitado, es entendido como una extensión más de las personas que allí habitan. La falta de consideración hacia el espacio, sería una falta de respeto a sus habitantes. El ya manido, antiguo y controvertido ejemplo de *mirar el frigorífico*, es traído a la entrevista por algunos informantes (no se les ha preguntado directamente esta cuestión nunca); esta acción del pasado (y/o presente), podría ser considerados como una falta de respeto espacial, y un estigma para las visitas, aunque estuviera basado en la expresión de preocupación por la alimentación de menores o ancianos. El respeto espacial, sería una consideración por las personas que allí habitan, y por sus formas de habitar.

Los posicionamientos y autorreferencias personales del profesional ante el orden y la higiene del hogar, las observaciones impropias del profesional hacia el espacio doméstico, extemporáneas, o guiadas por contratransferencias y/o prejuicios, pueden resultar irrespetuosas también, aunque estén motivadas por una preocupación por los más vulnerables de la familia.

...le diría yo el respeto por la persona y entorno, es importante que la persona(ts) vaya sin prejuicios, sin tiquetes, sin tiquetear a las personas, sin ponerle un nombre aquí en la frente, es que ese niño es ladrón, entonces yo voy porque el niño es ladrón, entonces si es ladrón entonces la familia es ladrona, entonces eso sesga totalmente una entrevista (visita) y no llega uno abierto a lo que puede aprender. 3B

Algunos detalles que aparecen en las entrevistas pueden chocar con la idea de respeto a la hospitalidad del visitado, por ejemplo cuando se rechaza ofrecimientos de bebida, comida o sentarse (en asientos en condiciones precarias)..., algunas profesionales se plantean si rechazarlo puede ser irrespetuoso.

yo generalmente llego, me presento, pido permiso siempre sí podemos entrar, si nos dicen que no, pues no [...] a veces ofrecen tinto (café), y uno dice no, no tomo y algunos lo sienten mal, pero si uno lo hace tranquilamente, o a veces estratégicamente cargó una botella de agua, entonces estoy tomando agua, no hay necesidad de que me ofrezca nada. Generar confianza, eso suena bonito, pero eso no es tan fácil cuando uno va y dice que va de una institución para verificar una situación... 15B

- *Claridad:*

La claridad es otro de los conceptos que incorporan los informantes en sus narrativas, no es el que más profusión tiene, sobre todo en aquellos profesionales que practican más la visita domiciliaria por sorpresa. Es un concepto altamente significativo, y sería un pilar fundamental en la ética del profesional. Implica visitar sin dobleces, sin engaños, sin segundas intenciones, sin agenda oculta... ya que de lo contrario se generan desconfianza, distancia y sensación de control en los visitados. La claridad podría asociarse a la idea de autenticidad de Rogers (1986a) ya mencionada.

Yo no sería de las que dirían -pasaba por aquí- (para hacer una visita). Yo cuando he llevado temas de menores, creo que es muy importante que la familia no pierda la confianza en ti, que no se crean que estas jugando por detrás, porque como pierdas la confianza ya no la ganas, aunque hagas maravillas, aunque les soluciones y les busques las prestaciones, aunque te partas la cara con esa familia, pero como pierdan la confianza....(su gesto indica como que ya no hay nada que hacer) 10S

Una informante veterana, emplea una expresión breve pero contundente relativo a este tema: *“la claridad me protege”* 12S. Dar a conocer con claridad a los usuarios/familias las necesidades del profesional, sus intenciones (objetivos) y procedimientos profesionales, es una expresión de respeto. A la vez, es útil como

estrategia ante las reacciones adversas de resistencia o desconfianza de la familia. Dejar claro *el para que* se va, limita las sospechas o especulaciones de la familia, a la vez que resitúa las expectativas de las familias. "...hay que ser muy claros en lo que se va a hacer frente a la situación familiar, también hasta donde se puede llegar". 17B

- *Empatía:*

Un componente fundamental de la relación es la empatía. Los informantes de los tres entornos estudiados, destacan como importante la visita domiciliaria como forma muy particular para la comprensión empática (aunque no emplean exactamente esta expresión que se corresponde la conceptualización técnica expuesta en la fundamentación siguiendo a Rogers (1986^a) y a Giordani (1997). Como ya se apuntó en la fundamentación, nada más adecuado que la visita para *ponerse en el lugar del otro*. El trabajo en el despacho permite desarrollar un grado de empatía, que se puede ver potenciado al entrar en contacto con el domicilio, donde se perciben las condiciones y las formas de vida más directamente. El/la trabajador/a social por unos momentos *vive donde viven*, teniendo la posibilidad *de sentir lo que sienten*.

...conocer más a fondo la realidad de esa persona o de ese grupo familiar, y también como a partir de la relación de empatía que uno cree, y del espacio de confianza, ese también sería como uno de los elementos dentro de la conceptualización de la visita. Generar como un espacio de confianza para que la misma persona, que queda expuesta su casa, ...pues como espontáneamente, también te deje conocer mucho más de su realidad... 8B

- *Adaptación:*

En ese esfuerzo conjunto usuario/familia y trabajador/a social, está también la idea de adaptarse. El usuario/familia cuando visitan al trabajador/a social en su despacho del centro de trabajo, tienen que hacer un esfuerzo de adaptación (citas, horarios, burocracia, normas, esperas...). Igualmente el profesional cuando se acerca al

domicilio tiene que hacer un esfuerzo de adaptarse al medio donde la familia vive, no imponer sus normas, sino negociarlas. “...tengo que adaptarme a las condiciones del medio de la persona a la cual yo le voy a hacer la visita.” 1B

- *Acercamiento:*

Visitar implica *ir a...* tomar contacto en el medio del usuario/familia. “El trabajo en la calle no es cómodo” 12S, el profesional tiene que hacer el esfuerzo de acercarse, de ir a donde vive el caso, incluso aunque suponga riesgos para el/la trabajador/a social. “la visita es eso, es el acercamiento, tiene que contener un concepto de acercamiento.” 16B.

El acercamiento del que hablan los informantes, toma dos vertientes, la primera desde la consideración positiva, en la segunda prima más la idea de control, y entorno a estas dos vertientes polarizadas se sitúan las narraciones.

La consideración positiva, ya apuntamos que es un reto de la relación de ayuda, extremadamente desafiante. Con la visita se amplía esta consideración de las personas también a su espacio, dándole valor al mismo, de ahí la importancia de *acercase a...* También implica la idea de acercar los servicios, de proximidad, de estar cerca, de conectar, de vivir momentáneamente las condiciones de vida del usuario/familia.

...era tener un acercamiento con la gente, era conocer su medio, era también tener una información muy real de sus circunstancias y de su entorno... 10B

...que principalmente lo que permite es un acercamiento, es un acercamiento con nuestro cliente desde su propia realidad a diferencia del establecimiento de una entrevista que uno pueda tener en los lugares de en la oficina cierto...”, “...poder establecer este acercamiento a nuestro cliente desde su propio ambiente, desde su propia realidad.. 15V

Sin embargo, otras posiciones sitúan ese acercamiento desde la mirada desconfiada, crítica, indagatoria... en cumplimiento de la función de control social

encomendada/asumida.

Los tres grandes objetivos que persigue una visita domiciliaria son: investigar, indagar... constatar, eso es lo que me pide a mí la institución. Bueno y yo le pongo la cosa más humana: 'apología del otro'... la cosa más cara a cara, porque es importante para el otro, para el asistido, que haya una persona que te dé la cara, que te acoja y que te responda... 19V

La visita no se reduce al domicilio, se amplía al entorno *comunitario*. No es una mirada reduccionista, sino integral y ampliada. El/la trabajador/a social al acercarse a visitar, se conforma en un extraño en ese entorno vecinal.

...es un proceso de acercamiento comunitario, entonces es también como una oportunidad de interactuar en el verdadero mundo de la gente, entonces ahí tu te acercas como, no solo a lo que es un contexto físico sino un contexto emocional donde ellos se están desarrollando, interactuando, interrelacionando, donde ellos construyen como su mundo, su vivencia, donde ellos acomodan su vida de acuerdo al espacio, de acuerdo a las personas que les rodean. 16B

Visitar a los usuario/familia en su entorno y en su lugar de residencia, puede ser *un acercamiento que te transforma*. Es decir, la proximidad, el contacto con el medio natural, puede transformar: la mirada, la percepción, las sensaciones, la idea previa de la situación... que tiene el/la trabajador/a social. En esta cita se percibe el valor transformador que puede tener el encuentro con el espacio ajeno, siempre y cuando el/la trabajador/a social tengan una predisposición a ello.

...los aspectos que reúne la visita para mí, los conceptos son esos, la sensibilidad, la disposición, el acercamiento relacional, el acercamiento contextual, el definir la mirada del otro a través de su vivencia, de ese espacio que tu compartes con él, si tu vas, entras a su casa, te sientas ahí con esa persona, entonces ya como que tus ojos cambian completamente, tu sentir, tu mirada, todo y ya empiezas a verlo diferente, la visita apoya eso, porque no es solo la persona que llega a tu institución a buscar una ayuda sino que tu vas a ese lugar y empiezas a plantear la ayuda diferente o empiezas a plantear como un puente diferente entre ambos... 16B (un fragmento de esta narrativa se citó en la introducción a esta subcategoría por su gran significación).

3.1.2. La visita domiciliaria conceptualizada como una técnica/herramienta/instrumento.

En esta subcategoría se encuentran narrativas que conceptualizan a la visita domiciliaria a partir de considerarla como recurso técnico que emplean los/as trabajadores/as sociales para la intervención. Esta perspectiva es más instrumental, de alguna manera, más fría en su narrativa por estar más exenta de vivencias, sin embargo necesaria dado que no se trata de una visita social.

Como avanzamos en la fundamentación, la visita domiciliaria puede ser definida como técnica, toda vez que se sustenta en modelos de intervención y marcos teóricos de referencia. Los informantes se refieren a esta perspectiva técnica de la visita empleando términos diversos: técnica, instrumento, metodología, recurso, herramienta. En las definiciones de los autores/as citados en la fundamentación se observa algo similar en el empleo de estos mismos términos.

Aunque hay diferencias entre método, técnica, herramienta, instrumento, en las narrativas de los informantes, no se aprecia un uso diferencial de tales términos, sino se observa expresadas de manera sinónimas. No se ha considerado en este momento necesario abordar un análisis más concreto en este aspecto, por no apreciar indicios de un uso diferencial de estos conceptos, considerándolos todos en un conjunto de aportaciones sobre la conceptualización como *técnica*.

Como ya se apuntó en la fundamentación, las referencia de autores localizadas, que definen la visita domiciliaria desde el ámbito sanitario, educación, servicios sociales..., también emplean esta terminología indiferenciada (herramienta, método, técnica...), si bien se señalaba también, que en las definiciones desde el trabajo social la tendencia es a definirla como *técnica* propiamente dicha.

Dada la importancia de este punto de la investigación en relación a los objetivos

de la tesis, se abunda en la aportación de narrativas de los tres casos estudiados, que plasmen de manera más palpable esta evidencia y la diversidad terminológica:

...la visita es instrumento que nos permite como ver de una manera más objetiva...; yo pienso que primero que todo es una herramienta técnica, que facilita digamos el poder como de acercarnos un poco más a la realidad de los usuarios que tenemos en los proyectos y poder determinar de pronto, hacer también seguimiento a situaciones, pero ante todo su creo que es, es ese instrumento que nos permite como ver de una manera más objetiva cual esa situación de las familias que ha tendremos desde el proyecto. 22B

...hablar de visita domiciliaria es hablar de la herramienta fundamental que tiene el trabajador social para adentrarse en la dinámica familiar de la población con la que trabaja,... 18B

...es una herramienta fundamental de trabajo social. 3V

Pues es un instrumento imprescindible, una herramienta de trabajo para el conocimiento, la intervención, diagnóstico. 6S

Instrumento característico de trabajo sociales.... 6S

...es una herramienta muy positiva para nuestro que hacer profesional, como profesional tendríamos que defenderlo más como una herramienta, siempre y cuando la presentemos y la expliquemos y nos creamos ...bueno haciéndola. 4S

la visita domiciliaria yo la tomo como un instrumento de mi profesión. 1S

...utilizaría la visita como una técnica más... 10S

yo encuentro que le añade mucho valor a nuestra profesión y a nuestro trabajo la visita domiciliaria, o sea yo lo veo como una estrategia y un instrumento de recopilación de datos pero único súper valioso. 13V

...un instrumento de recolección de datos que utilizamos desde hace tiempo. 11V

... pues... yo pienso que es una herramienta... o sea... es súper importante en el trabajo social, la técnica de observación siempre está presente y creo que es una de las más importantes, ... la escucha activa siempre, ... y por supuesto creo que es un elemento clave a la hora de hacer cualquier intervención". 11B

Sí creo que es una técnica, un método... 3V

Yo creo que la visita domiciliaria es una técnica que posee el trabajo social como medio para investigar, contrastar y conocer la realidad de los sujetos de atención que uno tiene. 10V

...la visita domiciliaria yo creo que es parte de los métodos con el que cuenta la carrera, es insisto uno entre varios, creo que es súper importante, porque te da una, una panorámica mucho mejor del caso al que estás atendiendo, sea una sola persona, una familia, etc. 1V

Primero que todo creo que es una técnica del trabajo social, segundo que implica terreno...que uno conoce la realidad de las personas en su mundo privado que es su hogar esas serian como las palabras claves. 3V

Vista la consideración anterior, a continuación, los hallazgos en relación a la conceptualización de la visita domiciliaria como técnica/herramienta/instrumento, se han agrupado en dos líneas:

1. El poder de la visita como técnica.
2. Las técnicas de la entrevista y observación dentro de la visita.

3. 1. 2. 1. El poder de la visita como técnica:

De las aportaciones de los informantes se aprecia la idea de visita como instrumento de poder. Se podría decir a partir del análisis de las narrativas, que la visita domiciliaria no es un instrumento neutral, sino intencional, que se aplica para: valorar, intervenir, controlar, orientar, promover, etc. Esta forma de conceptualizar, no es explicada amplia y monográficamente por los informantes, pero se desvela a partir de ejemplos, historias, situaciones... que los/as trabajadores/as sociales entrevistados aportan. Así visitar para contrastar ciertos datos aportados por el usuario en el despacho, al objeto de valorar la oportunidad o no de una prestación asistencial, lleva implícito el sentido intencional de la visita: contrastar, valorar, dictaminar; “...se hace una intervención en domicilio para tomar una decisión... 22B”.

Las percepciones, los datos, las informaciones... obtenidos a partir de las visitas, amén de los obtenidos por otras fuentes, emergen a través de las valoraciones, diagnósticos informes, dictámenes profesionales... que son elevados a otras instancias.

La visita domiciliaria puede tener un especial protagonismo en la toma de decisiones, y ser incluso el recurso técnico definitivo para inclinar la balanza en un dictamen. Luego las visitas para los/as informantes parecen revestir un valor estratégico.

Si las visitas no fuera realmente útiles, no se emplearía, hace tiempo que hubieran decaído en desuso, y los/as trabajadores/as sociales no realizarían toda la logística necesaria para implementarlas.

De igual manera, no se debe interpretar que esta es la única y última intención que le dan los/as informantes; el sentido de utilidad también se aprecia en la contribución para establecer el vínculo, para comprender mejor el caso, para tomar una mayor perspectiva de las situaciones, etc.

“creo que de pronto la entrevista (visita), si siento a veces que es como ese instrumento de que en cierta forma al profesional le da como una, entre comillas un cierto poder que es el de a través de decidir si definitivamente una persona por ejemplo ingresa uno, aplica o no a un proyecto, si, entonces se vuelve como a veces un instrumento de poder, siento también que se vuelve eso, y pues que lo que uno busca realmente es que haya en el acercamiento una cierta subjetividad”. 22B

Siguiendo con la idea de poder en línea con Foucault (1979a, 1998b), el profesional ejerce de correa de transmisión del poder institucional, incluso haciendo llegar éste hasta el propio domicilio de los usuarios/familias. La aplicación de las políticas públicas (o privadas) se desarrolla a través de las instituciones y servicios, y dentro de ellas los profesionales (entre ellos los trabajadores/as sociales) se convierten en instrumentos de aplicación de las medidas concretas de esas políticas, empleando las visitas como una técnica más (residual o protagonista según los casos).

Sin embargo, se puede dar el flujo inverso, es decir, a partir del contacto directo con las realidades de los casos, los profesionales pueden influir (o al menos intentarlo) en las políticas mediante la emisión de informes o memorias que puedan ser tenidos en cuenta, a partir del trabajo con los casos (incluido el domicilio). La visita (insisto, de

manera residual o protagónica) se convierte en una herramienta de vuelta de información en un flujo ascendente hacia los gestores.

es una intervención y desde el estado es mucho más intervención porque cuando vamos, vamos como ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). Aparte de que se vaya como trabajador social, se va como una institución del estado, entonces si es una intervención, uno, y dos se hace una intervención en domicilio para tomar una decisión...15B

3. 1. 2. 2. Las técnicas de la entrevista y la observación en la visita domiciliaria:

Entender la visita domiciliaria como una entrevista, este debate nos lleva al apartado de la fundamentación donde se plantea si la visita domiciliaria es una entrevista en el domicilio tal cual, o algo más (o menos). Se apuntaba argumentos para considerar la visita domiciliaria como una técnica en si misma, y además contenedora de otras técnicas (la visita domiciliaria como *técnica de técnicas*), que requiere unas habilidades, competencias y metodología más específica a la hora de desarrollarla.

“Otro termino importante, creo que es también el que la visita domiciliaria hace alusión a una situación en donde el profesional puede llevar a la práctica instrumentos de uso profesional como lo es la entrevista y el informe social que a pesar de que su elaboración sea posterior a la visita igual se está recurriendo a la visita para recoger la información necesaria.” 10V

Sin embargo, algunos profesionales en sus narrativas, hablan de entrevista al referirse a la visita, o bien, hablan de la entrevista propiamente dicha dentro de la visita. Estos aportes vuelven a traer al escenario de la intervención la consideración de la visita como técnica diferenciada o no.

De manera mayoritaria, los informantes la entiende como técnica (herramienta, instrumento...), a la vez que un encuentro humano, ambas consideraciones no son incompatible. Un hallazgo muy importante, es que no se aprecia en los informantes de los tres escenarios estudiados que tengan ningún debate relativo a la consideración o no de la visita domiciliaria como técnica diferenciada, la consideran como tal (técnica,

instrumento, herramienta...) sin más. Ni tampoco en el debate de la consideración más o menos diferenciada de la visita con la entrevista en el domicilio.

Entiendo, a partir de los testimonios, que este es una cuestión (debate) más de tipo académico que profesionalmente práctico. A los efectos, tanto para unos como para otros, es técnica, tanto si es más o menos visita y/o entrevista, lo importante es que sea operativa y útil.

...para mi visita domiciliaria desde el punto de vista de trabajo social, es como una entrevista, si, una entrevista que me permitiría conocer básicamente condiciones habitacionales en las que se encuentra la familia y condiciones que la puede colocar en riesgo.... 14B

...los espacios que uno miraba en una entrevista..." 20B (refiriéndose a la visita).

Al hablar de visita, algunos informantes, se refieren a ella como entrevista directamente, o emplean la expresión visita como sinónimo de entrevista. Ambos aspectos no son necesariamente incompatibles tampoco, sino que se refuerzan mutuamente, dado que el debate no está en crear dos técnicas separadas, sino indisolublemente unidas (para el trabajo social), en la que una contiene a la otra, y a su vez ambas contienen a otras subtécnicas que le dan sentido.

Solo se aprecia una diferencia sustancial, en dos trabajadoras sociales de Bogotá, cuando conceptualizan la visita domiciliaria como "*consulta social domiciliaria*" (5B y 25B), dándole un valor más allá de lo asistencial, especialmente terapéutico. Esto es coincidente con las aportaciones de Fierro y Salcedo (2003) en su artículo De la visita domiciliaria a la consulta social domiciliaria con fines terapéuticos, publicado en la *Revista de Trabajo Social* (Num.4) de la Univ. Nacional de Colombia. Esta aportación se considera un hallazgo relevante en tanto que supone una disrupción, y a la vez una innovación, motivada según las autoras e informantes, en diferenciar la clásica visita por la *consulta* que contempla más opciones terapéuticas, amen de pretender

distanciarse del concepto de visita como relación social (lo que he denominado visita social en la fundamentación).

Junto con las referencias a la entrevista, también está muy presente las narrativas de los profesionales entrevistados, la técnica de la *observación*. Los resultados relativos a la observación lo voy a desarrollar en la última de las subcategorías ya señaladas.

3. 1. 3. La visita domiciliaria conceptualizada en función de los objetivos que persigue:

Este aspecto concreto de los objetivos que se persiguen al visitar, se desarrolla de manera más amplia y detallada en una categoría concreta (3ª) que aporta los resultados específicos y pormenorizados al respecto.

En este punto solo constatar que un grupo importante de trabajadores/as sociales entrevistados en cada uno de las zonas estudiadas, conceptualizan la visita domiciliaria a partir de los objetivos que las motivan. Uno de los conceptos o idea importante que incluirían su definición de visita domiciliaria sería, que está tiene unos objetivos que la determinan:

“...la definición de la visita domiciliaria depende del objetivo” 2B.

“...pero en si, yo creo que todo lo define o qué miro, es el objetivo con el cual yo voy...” 13S

Es esta una forma particular de definir la visita que toma como eje principal el *para qué* de la misma, no dejando de considerar necesariamente que esta es útil para la relación, y que además puede ser considerada como una técnica, herramienta o instrumento. No son incompatibles entre si estas conceptualizaciones, se recuerda que no se le pedía una definición completa, sino conceptos, ideas o términos incluirían en esa hipotética definición.

...para mi visita domiciliaria desde el punto de vista de trabajo social, es como una entrevista, si, una entrevista que me permitiría conocer básicamente condiciones habitacionales en las que se encuentra la familia y condiciones que la puede colocar en riesgo, entonces básicamente ése sería como el objetivo de la visita domiciliaria. 14B

La visita domiciliaria es finalista, es intencional: verificar, descubrir, identificar, contrastar, conocer, desarrollar, tratar.... Esta perspectiva así expresada o a través de ejemplos está presente en las tres realidades estudiadas.

la intencionalidad, pienso que hay una intención de ir a ver a verificar una situación, entonces ya eso define que no es visita, que es intervención, le decía la intención, que tiene que ver como con el objetivo, la verificación, ese es otro criterio. 15B

...el objetivo lo que debe contener es validación, validación de condiciones habitacionales y familiares, o sea la visita domiciliaria recoge en esencia eso, la confirmación de una información suministrada previamente a través pues de la observación de las condiciones habitacionales de esos usuarios o de esos futuros usuarios y no solamente las condiciones habitacionales sino también las condiciones familiares, lo que es la, pues la estructura familiar, la composición familiar, la dinámica familiar, como esta compuesta la familia, como son sus relaciones y digamos en que contexto se mueven estas relaciones, básicamente es lo que debe contener la v social. 21B

La visita domiciliaria responde a un *para qué* (o *por qué* para algunos informantes):

pienso que lo esencial primero es tener un objetivo, por qué yo voy a hacer esa visita, no todas las visitas tienen el mismo objetivo, dependiendo de la situación o dependiendo de proyecto o dependiendo qué es lo que yo necesito, ya ahí ya comienza a partir, como dependiendo de eso qué voy a mirar... 7B

Los informantes señalan que los objetivos pueden ser cambiantes, según el servicio, programa, problemática, sector... donde realicen su trabajo, condicionando el tipo de visitas:

El fondo depende del objetivo que tengas para la visita, porque en cinco años mi objetivo no era solo asistencial, en principio, era terapéutico. Todo depende, si vas con informes sociales te toca conocer el lugar, la vivienda, el material de la vivienda y cosas

así; pero si el objetivo es conocer a la familia, en una visita domiciliaria te das cuenta, en la primera mirada, las relaciones dinámicas entre los integrantes de la familia.^{18V}

Tiene que ver con distintos objetivos, de trasfondos de investigar o de corroborar ciertos datos para el tribunal de familia o de intervenir, como en el caso que te comentaba de una madre de unos adolescentes, ahí la visita significa llegar al mundo privado de la persona...”^{21V}

3. 1. 4. La visita domiciliaria conceptualizada en función de lo que hay que observar.

Sin perjuicio de desarrollar más este aspecto sobre la observación en la categoría 3ª (objetivos de la observación), se apunta en esta subcategoría la conceptualización de la visita domiciliaria a partir de la observación que en ella se realiza.

Visitar es observar, y sino para que ir al domicilio. En la fundamentación se planteaba la cuestión diferencial de la visita y la entrevista, sin embargo, el elemento más distintivo y característico de la visita, es la oportunidad de observar. En gran medida visitar es observar, no solo evidentemente, ya que no es lo mismo dialogar (la visita como encuentro dialógico) en el despacho que en el domicilio, como no sería lo mismo dialogar en una estación de trenes, en una cafetería, en la calle o en casa, aunque se hable de lo mismo. El lugar le aporta a la relación significación especial y espacial.

Como apuntaba en la fundamentación, *cada tema o asunto tiene su lugar para tratarlo*, y para los/as trabajadores/as sociales dialogar en el domicilio es relevante, y así se puede apreciar a partir de los testimonios de los informantes. Visitar lo sienten como una necesidad profesional para realizar su trabajo, y como una necesidad para el proceso de intervención que se esté llevando con el caso. Y en todo ello, la observación tiene un lugar privilegiado.

A partir de los relatos, se percibe que el tipo de observación en el domicilio es

muy similar en los tres casos estudiados, que ésta varía según el momento del proceso intervención, y también del ámbito, población, servicio y problemática tratada. Sobre la base de los ejemplos, casos y narraciones expresados por los/as informantes, se aprecia que es un tipo de observación: exploratoria no sistemática principalmente, naturalística, flotante, participante, de inferencia intensa, sin registro preformado y sin sistema de control. Este hallazgo se entiende como muy relevante, toda vez que caracteriza el tipo de observación que se practica en las visitas, conectando este aspecto con el gran valor que los informantes dan a la observación al visitar.

Por los datos aportados, se aprecia que esta clasificación anterior, puede variar según el objetivo de la visita y del momento del proceso de intervención, tornándose más focal según los casos. No se aprecian en las narrativas evidencias de una práctica de observación sistemática (por hechos, duración, muestreo, intervalos...).

De igual manera, las variables generales de observación se centran en: - Lo espacial: características físicas y ambientales del espacio doméstico, el equipamiento, distribución de las dependencias; - Lo relacional: en referencia a los comportamientos y conductas de los miembros de la familia entre ellos mismos y con el espacio; - Lo comunitario: relaciones extradoméstica.

No se aprecia ninguna evidencia ni intención en los informantes, de emplear la técnica de la observación para fines de investigación científica en el sentido de producción de conocimiento, sino como un apoyo para la comprensión de la realidad de los casos a partir de una demanda dada (directa o indirecta). Se aprecia el empleo de la observación, como una técnica de acompañamiento a la intervención domiciliaria. Se trataría de una observación de *perfil bajo* en cuanto al aparato metodológico, no pretendiendo convertir el domicilio en un laboratorio, aunque sí en una fuente importante de información para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento...

Un hallazgo relevante, es la consideración protagonista que le dan los informantes a la observación como instrumento de contraste de lo verbalmente expresado por los usuarios/familias, y de verificación de datos *in situ*. Desde la perspectiva del control, se muestra decisiva y/o determinante, actuando como mecanismo de comprobación. Metafóricamente hablando, pareciera que para los informantes rige la regla: es *ver para creer*.

Veamos algunas narrativas ilustrativas por afinidad a los resultados expresado o como ejemplo de contraste a los mismos:

- Empleo o no de instrumentos de registros complementario:

...la observación, o sea yo pienso que en la visita se mezclan otros instrumentos, o sea esta de hecho la observación, está la entrevista como tal, está la posibilidad de aplicar algún instrumentos específico ya de recolección de información, si, entonces pues realmente a través de la visita no solamente se va a poder alcanzar como el recoger una información que pueda servir para enriquecer un concepto, sino que través de los diferentes instrumentos que se complementan, pues podemos lograr como una caracterización mucho más completa de la situación..."23B

Antes de irme a una visita domiciliaria me leo la historia, resalto lo mas importante que quiero observar y me llevo un pos-it con cuatro notas, y ese post-it lo llevo en el bolsillo, de lo que me acuerde lo voy investigando, valorando y viendo, y luego saco el pos it y digo me falta esto y o lo otro. 10S

- La observación para contrastar informaciones previas:

"la observación, es que depende para qué es la visita, pero si es, por lo menos nosotros tenemos que tener presente la observación del lugar, que las preguntas o que las preguntas que estaban en el formato de la visita(despacho) que teníamos que rellenar estén o concuerden con lo que observamos, eso. 1B

se llenan los datos básicos de la persona, ya pues no se preguntan cosas que si hay agua, luz, alcantarillado, ese tipo de cosas, pues porque son cosas de observación, también la observación es muy importante en la visita y posteriormente se hace el concepto profesional, si, el concepto profesional se hace desde dos puntos de vista: para mirar si hay situaciones de crisis o si hay situaciones de emergencia que ameritan una intervención del Estado 19B

- La observación como instrumento para el control :

yo partí aquí eran todos los días había que hacer visitas domiciliarias, sí hago mucho terreno y por lo tanto desarrollo mucha observación respecto de lo que es la supervisión en los hogares nuestros de la institución. 16V

Indagar, observar, preguntar, mirar, o sea cuando va a una visita domiciliaria bueno yo por lo particular no es tanta la experiencia que tengo, pero lo principal es observar, es indagar es desde cómo te abren la puerta hasta cómo te despiden. 2V

- La inferencia de género en la observación. Este aspecto no se profundiza directamente en esta investigación, sin embargo es una apertura para desarrollos específicos futuros.

las mujeres por lo general somos mas observadoras, es decir, tenemos una capacidad de rastrear, de observar, de ser mas detallistas y mas observadoras. 11S

Completamente distinto, los hombre vamos a observar cosas concretas. 9S

- El sistema de control básico, es cuando se realizan visitas entre dos profesionales o bien profesional y alumno/a.

Si es verdad que cuando hace una visita en pareja, permita que una lleve el hilo de la entrevista y la otra este observando...11S

¿Qué hacer durante la visita?, ¿qué observar?, ¿de qué tiene que apereibirse el/al trabajador/a social?. Sin perjuicio de ver este aspecto en un apartado específico (Categoría 3ª), me detengo a recoger los resultados que aportan las narrativas sobre este aspecto a la hora de conceptualizar la visita domiciliaria.

Cuando los entrevistados conceptualizan la visita domiciliaria a partir de la observación, sus narrativas apuntan a tres línea. Se observa que hay informantes que hacen más hincapié en una otra dimensión, y otros señalan todas en la misma narrativa: La dimensión habitacional; la dimensión relacional familiar; y la dimensión comunitaria.

Algunos factores pueden orientar al trabajador/a social a tener una inclinación más amplia o reduccionista, desde la propia disposición, formación y competencia,

hasta las limitaciones, aperturas que pueda tener la institución donde trabajan, o las posibilidades que ofrece el contexto y las condiciones de trabajo (presión asistencial).

En algunos casos se percibe algo así como *quiero y no puedo*, es decir: la visita domiciliaria puede tener esta o la otra posibilidades pero las circunstancias no permiten ir más allá. En otros se aprecia una actitud de incorformismo, de rebeldía contra la visita solo centrada en ver las condiciones de la vivienda (habitacional).

...pensar que es solamente para ver las condiciones de infraestructura, las condiciones digamos meramente socio económica, esas son solamente un aspecto de la visita, pero creo que a nosotros nos interesa pues conocer las relaciones, a nivel familiar, nos interesa conocer en el ambiente físico, eso le da mucho a uno a entender, no se, como las hombres, las creencias, los modos de organización, las relaciones de poder, la organización como tal a nivel familiar, entonces eso, ahora, los mismos modos de acceso a la vivienda, las dificultades para llegar a la misma, eso también pues da cuenta de como todo el contexto familiar... 8B

Para apreciar con más detalle y no resultar demasiado amplia las citas, voy a fragmentar algunas de las narrativas (véase la referencia al mismo informante en cada apartado). La intención de este procedimiento es diferenciar más claramente las líneas de acción en la visita domiciliaria, aunque sean los mismos informantes quienes las incluyan en una misma aportación.

- *Lo habitacional:*

La primera de ella tiene que ver con observar las condiciones de donde vive el usuario/familia. Se centra en observar las condiciones que tiene la casa (o habitáculo dado que hay familias que viven en infraviviendas, o en habitaciones inquilinatos, cité, casas de vecinos, pisos compartidos...).

...para definirla utilizaría conceptos como lo habitacional, con aquello que tiene que ver con la estructura física, con aquello que es visible del hogar, hablaría un poco de esas cosas que cuando uno llega tiene a la vista, todo lo que tiene que ver con tal vez el equipamiento, la distribución del hogar, en la constitución digamos física... 18B

- *Lo relacional:*

tiene que ver con la forma en la que se relacionan los miembros de la familia.

también hablaría de lo que tiene que ver con la dinámica familiar, con precisamente decía por la visita domiciliaria le permite a uno adentrarse en situación de la familia con la que uno trabaja, entonces sería mirar un poco como se desenvuelve esa familia dentro de un espacio, mirar un poco como se relaciona familia, ese sería otro también aspecto importante a tener en cuenta. 18B

- Lo comunitario:

La tercera línea tiene que ver con la dimensión extradomiciliaria, el barrio, lo comunitario, lo vecinal, las redes sociales. Implica ampliar la mirada incorporando una perspectiva más ecológica. Esta mirada está marcadamente presente en las narrativas de los informantes de Bogotá y Valparaíso, de manera menos evidente en los de Sevilla. Por razones históricas, el enfoque comunitarios del trabajo social español, está más mermado.

...las condiciones y los riesgos que existen a nivel del contexto, si, riesgos a nivel psicosocial, identificar las redes de apoyo existentes entre la localidad, pues a nivel institucional identificar las redes o familiar... 24B

En síntesis:

Se podría hacer una tentativa incompleta de definición conjunta, a partir de aunar los datos de esta categoría, con los aportes de los/las trabajadores/as sociales entrevistados en Bogotá, Valparaíso y Sevilla para esta investigación:

La visita domiciliaria es una técnica que emplean los trabajadores/as sociales, donde la relación y el encuentro humano entre profesional y usuarios-familias que reviste una especial significación para su desarrollo, primando el respeto, la transparencia intencional y claridad en la comunicación. La visita, a través de las técnicas de la entrevista y observación principalmente, está orientada a la consecución de objetivos, donde toma especial protagonismo la dimensión relacional, las condiciones habitacionales y lo comunitario de cada caso.

3. 2. CATEGORÍA 2ª: IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DISTINTIVOS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS SOCIALES.

En el ámbito de la intervención social, la diferenciación entre algunas disciplinas en la práctica profesional siempre es un campo controvertido. Cuando las fronteras entre ámbitos de intervención, funciones y competencias profesionales son difusas, se generan tensiones entre miembros de los equipos multidisciplinares que operan en salud, educación, servicios sociales, vivienda etc. La búsqueda de la diferenciación y a la vez de la conjunción es una constante en los equipos, el ya antiguo debate entre interdisciplinariedad, multidisciplinariedad, transdisciplinariedad es una evidencia de ello (Ander-Egg, 1988; Richard, (1998); Rugarcía, (2005).

En lo que respecta a la visita domiciliaria, según los contextos, puede haber más de un profesional de los equipos que la practiquen, no siempre todos con la misma frecuencia y profusión. Visitar en si, no se detecta como fuente de tensiones en general, ahora bien, lo que se hace en el marco de las visitas, si puede ser fuente de malestar entre profesionales, al entender unos que hay una invasión o intrusión en su competencia profesional, y otros una extensión de su ejercicio profesional, en este caso en el domicilio.

La resolución o contención de estos conflictos, de común vienen de la mano, bien de regulaciones institucionales, o por acuerdos personales de los miembros en conflicto, buscando una “paz” en los equipos que permita continuar el trabajo diario. La oportunidad de complementarse armónicamente en todas la intervenciones, incluyendo la domiciliaria, es una aspiración frecuente de los equipos de trabajo, aunque no siempre se consigue.

Hay prácticas profesionales históricas que contribuyen a la generación de la

identidad de las profesiones, en este caso, la visita domiciliaria es una de esas prácticas identitarias para el trabajo social. Desde las visitadoras amigables del siglo XIX hasta la fecha, los/as trabajadores/as sociales no han dejado de visitar. La identidad y el reconocimiento social de una profesión, se produce más por lo que se hace que por lo se dice, y en lo que respecta al hecho de visitar, los/as trabajadores/as sociales tienen más de un siglo de experiencia acumulada.

En este punto de la tesis, voy reflejar los resultados relativos a los elementos distintivos que los/as trabajadores/as sociales entrevistados/as señalan en relación a las visitas domiciliarias que realizan. No son aportes que se planteen en términos de confrontación, aunque no son ajenos a ciertas tensiones dadas en este momento en alguno de los casos estudiados. En este punto de la investigación no se pretende caracterizar las visitas de otros profesionales, sino solo las de los/as trabajadores/as sociales en lo más sustantivo.

La práctica constante de la visita por profesionales del trabajo social en distintos campos, programas, servicios, problemáticas... va conduciendo a visibilizar aquellos aspectos propios, que aun visitando en ámbitos muy diferenciados, resultan comunes y repetidos. Son precisamente esos aspectos comunes lo que caracterizan la esencia de la visita domiciliaria de los/as trabajadores/as sociales, y a la vez la diferencia (en algunos aspecto sutiles, y en otros más evidentes) respecto a las visitas de otras profesiones. En esta investigación, la diversidad de los informantes busca esos elementos comunes, esenciales y/o diferenciales que caracterizan la visita en el trabajo social.

Tras consultarle a los/as informantes sobre los conceptos, términos o ideas que incluirían en la definición de visita domiciliaria, y sobre si ésta le añade o le resta valor a la profesión, se le pregunta sobre los elementos distintivos de la visita domiciliaria de los trabajadores/as sociales respecto de otros profesionales que también visitan.

Esta pregunta se entendió oportuna plantearla, en la medida que sitúa a los informantes en una posición de identificar lo específico, la diferencial, lo propio, lo sustantivo de sus visitas, respecto de otros profesionales.

Algunos/as informantes manifestaron de inicio su dificultad para verbalizar esas diferencias, no porque no las hubiere, sino porque no se lo habían planteado antes de manera tan concreta. En la mayoría de los casos, las respuestas fluyeron sin mayor dificultad a partir de la auto-observación de su práctica. En este punto señalar, las respuestas más directas y concretas provienen de profesionales con mayor experiencia (más de 10 años) en los tres casos estudiados, que han trabajado en distintos equipos y centros a lo largo de su carrera profesional, y que han tenido que enfrentar la identificación de los aspectos diferenciales entre profesiones (no solo al visitar) y también encontrar el encaje interdisciplinario.

La experiencia¹⁶ en el ámbito sanitario se ha manifestado fructífera en esta variable en los tres escenarios, seguida de la experiencia en servicios sociales comunitarios o trabajo en comunidad. La razón probable, es que en estos ámbitos es frecuente encontrar otros profesionales que también visitan, más que en los contextos educativos o judiciales por ejemplo.

Los profesionales a los que más frecuentemente se refieren los trabajadores/as sociales entrevistados, a la hora de hablar de distinción respecto de la visita, son médicos/as, enfermeras/os, psicólogos/as, educadores/as, principalmente. También aparecen referenciados de forma testimonial nutricionistas, arquitectos/as y maestros/as.

En torno a esta categoría referida a los aspectos más distintivos de la visita domiciliaria de los trabajadores/as sociales, surgen varias subcategorías a partir de los

¹⁶ Se recuerda al hablar de la experiencia, que se recurre a la experiencia de los entrevistados en visitar, y no solo al contexto concreto en el que trabajan en el momento mismo de la entrevista.

resultados que aportan las narrativas:

1. Visión integral de la visita domiciliaria de los trabajadores/as sociales.
2. Habilidades para la relación mostrando proximidad, cercanía y acompañamiento.
3. Flexibilidad para adaptarse a escenarios cambiantes.
4. Actitud pro-actica, involucración en los casos y trabajar por el cambio.
5. Contemplar simultáneamente el contexto, las relaciones familiares, espacio doméstico y extradoméstico.

A continuación se desglosan los hallazgos relativos a esta categoría, tomando como base las subcategorías anteriores:

3. 2. 1. Visión integral de la visita domiciliaria de los trabajadores/as sociales.

En las narrativas de los trabajadores/as sociales consultados en esta investigación, se aprecia que el aspecto que aparece con más reiteración y el señalado como el más distintivo, es la visión integral de sus visitas. Entienden que lo más característico y diferencial es su orientación a percibir la realidad de los casos visitados de manera *amplia, integral, globalizadora, con una mirada de conjunto, holística*. Estos son los conceptos empleados para referirse a esta idea relativa a la visión integral.

Señalan los/as entrevistados/as, que otros profesionales hacen sus visitas fijando su atención en aspectos concretos y más puntuales objeto de profesión (ej. fijándose en el enfermo, en la úlcera que hay que curar, en el niño y la habitación donde juega, etc.), sin embargo los/as trabajadores/as sociales, aun teniendo objetivos concretos por los que hacer las visitas, no se limitan a observar y/o tratar ese aspecto preciso, sino lo interconectan de manera más amplia con la dinámica familiar, con las condiciones de

vida, con el espacio doméstico, con la dimensión comunitaria, etc.

Esta forma de entender y hacer la visita, también se corresponde con lo distintivo del trabajo social en general: su perspectiva holística. En una breve referencia, señalar que el trabajo social, de alguna manera se adelantó a la Teoría General de Sistemas, al percibir la realidad como un todo. Gordon Hamilton (1987) en 1940 publicó su libro *Teoría y práctica del trabajo social de casos*, en él señalaba que “debemos estudiar las totalidades, sin el todo no podemos comprender las partes y tampoco podemos comprender el todo sin las partes” (p.69) , también acuñó la idea *persona en situación* que contempla a la persona, la situación y sobre todo la interacción entre persona y situación con la participación activa del cliente en el tratamiento. Diez años después, en 1950 Von Bertalanffy (1992) enuncia la Teoría General de Sistemas donde desarrolla el *principio de totalidad* de los sistemas. En fechas más recientes, Fishman (1994), famoso terapeuta familiar en su libro *Terapia estructural intensiva*, viene a señalar que la práctica del trabajo social se adelantó al propio modelo sistémico:

Es más claro que a medida que los terapeutas formulábamos nuestros conceptos del propio ser y su relación con el contexto, en cierto modo nos vimos simplemente capturados por los principios fundamentales del Trabajo Social. El modelo de Terapia Estructural Intensiva se asemeja bastante al Trabajo Social más refinado, en que no solo trata el contexto extrafamiliar sino, además, los problemas estructurales internos del sistema. (p.31)

En el origen del trabajo social, no se empleó los términos holístico o integral, aunque si el de totalidad ya mencionado (Hamilton, 1987), pero el sentido de la intervención (el espíritu) si se corresponde con esta perspectiva. El trabajo social no contempla a los individuos, sus problemas y necesidades de manera aislada de su contexto familiar y social, y esto es coincidente con el sentido de integralidad que los informantes le atribuyen a sus visitas domiciliarias. A través de la visita domiciliaria, se

produce una conexión con el medio (ecosistema, Bronfenbrenner, 2002), permitiendo una mirada más amplia de los distintos sistemas en los que los usuarios y familias se encuentran insertos y/o interconectados.

En la visita domiciliaria se sustancia de manera más amplia esa orientación hacia la totalidad, por cuanto, el hecho de visitar ya supone en sí una apertura y una búsqueda de una comprensión más amplia de un fenómeno concreto (caso). No se trataría de obtener datos simplemente, sino de comprender integralmente la situación en que se encuentran los usuarios/familias.

Este hallazgo relativo a la visión integral como algo distintivo de las visitas de los/as trabajadores/as sociales, se corresponde en idéntica medida en los tres escenarios estudiados, algunos informantes lo explican a través de ejemplos, otros teorizando sobre ello, y otros casos, expresándolo directamente desde un convencimiento rotundo.

Veamos algunas narrativas ejemplificadoras:

Yo lo tengo muy claro, lo integral. 9S (Lo distintivo de la visita)

...tratamos de sacar de la visita una visión integral del individuo a nivel social, entonces esa es la diferencia. 17S

...a ver, yo pienso que el trabajador social tiene algo muy claro que lo diferencia de los demás, y es digamos para mí, es como lo integral, nosotros buscamos la integralidad. El psiquiatra es más sesgado a una cosa, el psicólogo, aunque ahora hay psicólogos sociales y son muy interesantes de hecho, pero la visión del trabajador social debe ser, y la formación que uno recibe, una integralidad, yo siempre digo razón, corazón, cuerpo, trascendencia, lógicamente todo el entorno, entonces es lo que lo diferencia, que uno va y tiene una mirada integral, entonces no solamente eres tú, eres tú con familia, eres tú en el entorno donde viven, sí, los vecinos, eso, la relación; entonces es una visión que a uno le dan, que uno llega y uno como que visualiza muchas cosas, muchas cosas, integralidad, que no está sesgado; sesgado en el sentido que, me imagino, un médico va, hace una visita domiciliaria, va y atiende al enfermo que tiene oxígeno, que ésta asfixiado, va a eso y poco se fija en la causa de esa asfixia, si tiene una desnutrición por..., si tiene una diarrea horrible y eso..., y entonces, bueno, sí, va a eso; el antropólogo pues también tiene su visión, que es también diferente, yo pienso que lo nuestro es más integral, así debe ser. 3B

...yo considero que nosotros como trabajadores sociales le damos como esa visión más

amplia e integral a la situación, porque a veces hay profesionales que son muy sesgados y solamente miran como lo que les ha enseñado en la universidad, como su visión única, en cambio nosotros a diferencia de esos profesionales tratamos como de integrar otros factores que vemos que son importantes, que reconocemos como su factor religioso, como factor cultural, el nivel económico... y eso permite una mejor intervención, es un espacio muy para los trabajadores sociales... 4B

¿Qué se incluiría en ese concepto de integral que identifican los/as entrevistados/as?. Sus narraciones se aproximan a una explicación práctica de la visión ecosistémica (Bronfenbrenner, 2002) y de la complejidad de la intervención (Morín, 2000; Amaro, 2014). Así por ejemplo contemplar en una visita todos estos aspectos: la demanda explicitada, las hipótesis sobre el caso, las competencias del servicio respecto a la demanda o situación planteada..., tener en cuenta a cada miembro presente o ausente durante la visita, las relaciones entre los miembros, a la familia como un todo, la familia extensa que pudiera tener implicación o relevancia para el caso, lo habitacional, los espacios de cada miembro, la relación con y en el espacio, las relaciones de vecindad, la ubicación en el barrio, los servicios del barrio y también su ambiente... Son un amplio número de variables expuestas en una interacción e interrelación compleja.

Que nosotros podemos ver más el tema cualitativo. Yo muchas veces salgo a las emergencias, por los incendios o catástrofes que hay acá, acompañada de ingenieros. El ingeniero ve todo lo que es material del domicilio, yo veo lo emocional. A lo mejor hay una catástrofe, se quedo una "guagua" sin pañales, sin alimentos, sin leche... Yo voy a eso, donde reunir a esa familia, donde me la llevo... con alguna familia, vecino, una organización, alguna iglesia. Donde me puedo llevar a esa persona, pero no puede estar aquí. Al técnico le interesa antes, cuantos palos o cuanta madera... o sea, no le importa el tema cualitativo, a mí sí. A mí sí me interesa eso. 23V

La mirada integral supone un gran esfuerzo, en la medida que son muchas variables a considerar. También supone un riesgo, en la medida que las fronteras de ese mirar no están definidas (hasta donde mirar, donde termina mi mirada), y en este punto pueden surgir tensiones con otros profesionales. Sin embargo se aprecia que los

profesionales entrevistados lo viven como una fortaleza, como un enfoque necesario para comprender de forma más amplia los casos y no solo ciertas parcelas de los mismos. El/la trabajador/a social se caracteriza por tener una mirada de conjunto, precisamente por eso necesita de la visita al domicilio, por eso visitaba antes de constituirse en profesión, y por eso sigue visitando, porque la visita es una contribución esencial por su mirada integral¹⁷.

...yo creo que es más el juego de observación, como tenemos una formación distinta a la de los otros profesionales, nos permite en el momento de establecer ya un informe o de hacer un estudio de ese ambiente enriquecer..., enriquecer la mirada del otro, mostrarle a los otros ciertas cosas que de pronto no vieron porque su formación no se lo permite, o porque simplemente la práctica que llevan ellos no es la que tenemos nosotros y no les permite evidenciar cosas que están ahí. 5B

3. 2. 2. Habilidades para la relación mostrando proximidad, cercanía y acompañamiento.

Los profesionales entrevistados, destacan en segundo lugar como elemento distintivo, el *tipo de relación* que establecen con los usuario/familia. El resultado de las narrativas se centran en señalar, que es una relación cercana, y profunda, que emplea un lenguaje próximo y comprensible, que se caracteriza por el acompañamiento y por el interés por los problemas de cada usuario/familia. De forma destacada, las aportaciones coinciden en que la visita domiciliaria es un buen momento para conectar más con los problemas de los usuarios/familias, resaltando la aproximación a su medio natural como un valor destacable.

¹⁷ Podría venir al caso, la parábola de origen indio popularizada John G. Saxe en 1860 sobre *El elefante y los seis sabios ciegos*, dice que: Cada uno de los seis sabios ciegos se acercó al elefante para investigar cómo era, pero tocando solo una parte aislada del animal. Cada uno se hizo de una sólida opinión de lo que realmente era un elefante. Todos discutieron entre sí defendiendo sus impresiones, ya cada uno está seguro de haber hecho bien su prueba, sin embargo ninguno llegó a tener un conocimiento completo del animal dado que solo conocía fragmentos inconexos.

Señalan además, que este tipo de relación es un hecho diferencial con respecto a otros profesionales que intervienen en los domicilios. Las narrativas apuntan hacia la idea, de que otros profesionales se centran en aspectos o situaciones puntuales, centrándose en el objetivo concreto que les lleva hacer la visita.

Estos hallazgos, se corresponde con lo ya señalado en la fundamentación sobre la relación de ayuda en el trabajo social. Este tipo de relación profesional entre trabajador/as social y usuario/familia es un aspecto distintivo, valorado como positivo, y entendido como una fortaleza.

De igual manera, se conecta este aporte con la concepción de la visita como un “interacción dialógica” (Tonon, 2005, p.57), donde la fluidez de la interacción, en la mayoría de los casos, es el denominador común. Solo se señalan más tensión, en los casos propios de los contextos de control, control-asistencial y/o evaluativos, y aun así los/as trabajadores/as sociales hacen esfuerzos por establecer el vínculo con los casos pese a la dificultad que el contexto entraña.

No se aprecian diferencias destacables en los tres ámbitos geográficos estudiados, las narrativas sobre este tipo de relación son más frecuentes en el contexto de Bogotá y Valparaíso, aparecen en menor medida en Sevilla. No sería un dato diferencial destacable, sino que en la muestra de Sevilla se aprecia, que al plantear la cuestión diferencial, se focalizan las respuestas en narrar algunas tensiones que surgen a propósito de la visita con otras disciplinas, en el ámbito sanitario con los profesionales de enfermería (enfermería de enlace), y en el contexto de servicios sociales, con profesionales de la educación social. Esta tensión no es extensible a todos/as los informantes, unos/as la han vivido y otros/as son conocedores/as.

En las narrativas de Sevilla incorporan además, un factor recurrente en las respuestas (en esta categoría y otras), y que afecta en muchas ocasiones a la relación

con los usuarios/familias, y a la visita misma; este factor es la coyuntura de la crisis económica y social que en los últimos años está viviendo España. Ésta genera una importante presión asistencial para los/las trabajadores/as sociales, donde las familias están muy tensionadas por las necesidades, y los/as trabajadores/as sociales sobrepasados con las demandas, y por la reducción de efectivos profesionales (trabajadores/as sociales) por los recortes sociales.

Respecto a la visita, esta situación, dificulta enormemente el hacer trabajo en el domicilio por cuanto las citas en el despacho colapsan las jornadas de trabajo, y además los trabajadores/as sociales perciben que otros profesionales no tienen tanta presión estando en el mismo servicio. Como dato, si se observa en el cuadro descriptivo de los participantes en la muestra (capítulo sobre la metodología), se aprecia que la medida de visitas es menor en Sevilla que en los otros dos escenarios. Ante este panorama, los propios informantes señalan que una de las intervenciones más castigadas es la propia visita domiciliaria en momentos de máxima necesidad, y cuando más haría falta.

...mi record de citas(despacho) en un día lo tengo en 34 usuarios, ... con este panorama ¿dime tu a mi, cuándo tengo yo tiempo para hacer visitas?. 9S

...desde que saltó la crisis, hacemos menos visitas, no hay tiempo para salir a la calle, solo las que son muy urgentes. 10S.

...ahora quienes hacen más visitas son los educadores, yo no tengo tiempo, una pena. 18S

...la propia casa (SAS) nos está echando a pelear a los profesionales, y eso no puede ser.” 1S (en referencia a enfermería de enlace y trabajo social).

Y junto con las limitaciones para visitar, señalan igualmente (informantes de Sevilla), que buena parte de las visitas son de valoración de la necesidad en relación a demandas asistenciales, se intenta hacer contención emocional, apoyo y acompañamiento, tratamiento... ya que hay situaciones muy graves, pero la valoración

asistencial es lo más prioritario. Desde esta perspectiva, las visitas con un carácter más allá de lo meramente asistencial han quedado muy limitadas, al menos en la intervención comunitaria.

Esta tensión entre profesiones se aporta como otro hallazgo que permite de una manera más palpable el matiz comparativo entre los tres ámbitos estudiados. No se aprecian en las narrativas Bogotá, ni Valparaíso aspectos tensionantes en general, respecto de la intervención domiciliaria en línea con los informantes de Sevilla. Las referencias a otros profesionales se focalizan en señalar los aspectos diferenciales pero no como fruto de tensiones previas.

3. 2. 3. Flexibilidad para adaptarse a escenarios cambiantes.

La capacidad para adaptarse a entorno cambiantes, es otro de los resultados que los entrevistados apuntan como distintivos de sus visitas. Si el despacho, es un espacio cuasi de laboratorio, los escenarios donde se producen las visitas nada tienen que ver con esos entornos tan controlados.

En las tres zonas geográficas estudiadas, hacen referencia en multitud de relatos, a la capacidad y la necesidad de tener que adaptarse a las múltiples características de los entornos donde tienen que hacer visitas. Algunos relatos apuntan escenarios peligrosos por situaciones de violencia tanto del entorno del domicilio, como del propio domicilio. El riesgo de recibir un disparo o ser atracadas, agredidas..., aflora en narrativas del caso de Bogotá. También de riesgos para la salud, por condiciones manifiestamente insalubres de la vivienda o infravivienda, en zonas muy precarias de población desplazada por la violencia en Bogotá, en algunos cerros muy carenciados de Valparaíso, o en barrios carenciados del entorno de Sevilla. En la gradación de riesgos, aparecería en primer lugar Bogotá, en segundo Valparaíso y en tercero Valparaíso.

Otras narraciones apuntan datos sobre situaciones no tan extremas, pero si cambiantes o inesperadas: familias que no permiten el acceso más allá de la entrada de la casa, o solo comunicarse por una ventana, visitas a chabolas, a personas con síndrome de Diógenes, visitas donde todo el tiempo transcurre de pie, o sentados en la cama o junto a la cama de una persona enferma, etc.

A modo de dato curioso, del conjunto de narrativas parece extraerse la necesidad de los/as trabajadores/as sociales *de sentarse* en algún momento de la visita, dado que está entraña dialogar y escuchar sobre los temas en cuestión del caso, las referencias a la condiciones de los asientos y a la ubicación concreta de ese lugar para el diálogo son variadas y llamativas en algunos casos. Este aspecto, que no por ser curioso no deja de ser significativo, se conecta con la capacidad adaptativa, la habilidad (aun en condiciones adversas) realizar la intervención, y la importancia que para la intervención tiene el poder hablar y escuchar (“interacción dialógica” de Tonon, 2005, p.57). No se puede olvidar, que la principal herramienta de trabajo de los trabajadores/as sociales es la comunicación, aunque esta sea en circunstancias adversas.

...sentado en el orillo de la cama porque muchos veces no hay una sala comedor donde sentarse a este entrevistar, entonces toca sentarse en el orillo de la cama, entonces es diferente el comportamiento que tiene la persona. 2B

...cualquier olor así medianamente fuerte me pone supremamente mal, eso me incomoda a mí al momento de entrevistar a la persona y obviamente a la persona a la que estoy entrevistando; también me da cosa las pulgas, ó sea tener que sentarse en el orillo de una cama y uno comienza a moverse porque las pulgas lo están atacando... 3B

uno tiene que ir preparado físicamente para hacer la v, porque puede llegar a necesitar subir varios, una montaña, para poder acceder a la vivienda o puede tener que llegar casi a quedarse de pie porque no hay ni siquiera dónde sentarse, o encontrar desde el comienzo insectos, ratas, pulgas, porque las condiciones son precarias, o saber que hay un, que incluso uno está poniendo en riesgo su vida,...25B

La flexibilidad y capacidad adaptativa entendida como una fortaleza. este es también otro de los resultados que se desprende de las aportaciones de los profesionales

entrevistados. En ocasiones, los profesionales expertos reflexionan sobre las situaciones que han tenido que enfrentar al hacer visitas, y aun apreciando el valor de las mismas, también de los riesgos excesivos tomados cuando eran nóveles. Entorno a esta idea, se aportan estrategias de minimización de riesgos, pero no necesariamente de renuncia hacer visitas por ser condiciones difíciles (algunos ejemplos en situaciones difíciles: ir acompañados de otros profesionales o de líderes comunitarios, concertar cita con algún miembro de la fuera del barrio para que lo acompañe al domicilio, vacunarse de ciertas enfermedades infecciosas, ir a horas tempranas...).

3. 2. 4. Actitud pro-actica, involucración en los casos y trabajar por el cambio.

Un aspecto también señalado por los informantes como distintivo de las visitas de los trabajadores/as sociales, tiene que ver con la involucración con los casos, con la actitud proactiva y orientación al cambio.

Las visitas domiciliarias están lejos de ser *visitas sociales*, son actos profesionales, que forman parte de intervenciones mayores, y que producen efectos, no son inicuas. Buena parte de las visitas generan aportes relevantes a la intervención que resultan sustantivos y/o decisivos, especialmente en lo que tiene que ver con evaluaciones, diagnósticos, seguimientos... Los informantes señalan que contribuyen de manera clave a tomar decisiones, bien en relación a intervenciones asistenciales concretas, o asociadas a intervenciones psicosociales de carácter terapéutico más amplias.

Esa orientación a la acción los trabajadores/as sociales lo identifican como algo distintivo, si bien, no habría que confundir este aspecto con intervenir con prisas o prematuramente. Precisamente el factor tiempo (mayor duración de la visita), es un elemento distintivo y diferencial que aportan los trabajadores/as sociales de sus visitas

respecto de las de otros profesionales, y respecto a sus propias intervenciones en el despacho.

Respecto de los tiempos, se constata a partir de las narrativas, que las visitas tienen una duración mayor que el promedio de duración de las entrevistas en el despacho, contemplando solo el trabajo en el domicilio sin incluir los desplazamientos. Esta duración, parece ser apreciada por los casos, al menos es la percepción que tienen los/as trabajadores/as sociales informantes. No resulta fácil cuantificar el tiempo promedio, ante la variedad de situaciones, a partir de las narraciones que lo han expresado (ya que no era una cuestión que se preguntara directamente) el tiempo oscila entre treinta minutos y una hora. Junto a los tiempos de la visita propiamente dicha, hay que sumar los tiempos de los desplazamientos. En algunos relatos de Sevilla, especialmente en el contexto sanitario, señalan que los/as trabajadores/as sociales no se sienten comprendidos/as en su trabajo por la institución, al cuestionar ésta los tiempos dedicados a las visitas, y a la intervención en el despacho con cada caso, sintiéndose calibrados por los parámetros temporales aplicados a otros profesionales de la salud.

Se puede correlacionar esta variable temporal (tiempos empleados en las visitas por los trabajadores/as sociales) con la variable relacional (relación de ayuda con los casos) antes señalada, entendiendo que dar los tiempos necesarios para el diálogo, para la escucha activa, para el intercambio de mensajes visitante-visitados, favorece la relación de ayuda. En este sentido, se puede añadir a este aporte, que *hay cosas que no se pueden acelerar*, el proceso de establecimiento del vínculo con el caso (confianza, empatía, autenticidad, aceptación positiva, escucha activa...) requiere sus tiempos.

Finalmente, entorno a los tiempos hay un dato relevante, nuevamente se aprecian diferencias que señalan los informantes de Sevilla a partir de la emergencia de la crisis ya mencionada. En general, éstos señalan un antes y un después de la crisis, en

la medida que junto con el menor tiempo para visitar, cuando se visita, la agenda está más comprimida de casos, con lo cual se reducen los tiempos de duración de la visita para cada una.

Respecto a la orientación proactiva, a la involucración en los casos, la orientación al cambio... es un factor común también en los tres escenarios contemplados. La diferencia de matices se aprecia más entre servicios y programas donde laboral los trabajadores/as sociales dentro del propio país (zona estudiada), que a diferencia apreciables a nivel transnacional.

3. 2. 5. Contemplar simultáneamente el contexto, las relaciones familiares, espacio doméstico y extradoméstico.

Como respuesta a la cuestión de los elementos distintivos de las visitas de los/as trabajadores/as sociales, aparecen también en una posición destacada: los aspectos a tener en cuenta, a valorar, a observar y a trabajar en el curso de las visitas. Los relatos acerca de estos hallazgos se dan a partir de la pregunta relativa a los elementos distintivo, pero también muy diseminados a raíz de otras preguntas de la entrevista.

Los informantes señalan tres ejes fundamentales distintivos y diferenciales en lo que respecta a: considerar, observar, valorar y trabajar en las visitas: 1. La dimensión habitacional (expresión que emplean en Valparaíso y Bogotá o espacial en Sevilla); 2. Las relaciones familiares; 3. Las relaciones entre los convivientes con y en el espacio; 4. Lo comunitario (en expresión propia de Valparaíso y Bogotá, el entorno/barrio/vecindad expresión más empleada en Sevilla).

Sin perjuicio de otros aspectos específicos relativos a casos y contextos concretos. Lo más distintivo no es la apreciación de forma separada y desagregada de cada uno de los cuatro aspectos anteriores, sino la consideración en su conjunto, esto es lo que hace

particular a ojos de los trabajadores/as sociales sus visitas.

Yo veo que cuando el médico hace la visita, no se fija en tantas cosas, va a lo que va, y punto. 9S

Esta consideración última, no implica que haya visitas más focalizadas en un aspecto sobre otro, sin embargo, es el conjunto lo que hace más distintivas y diferenciales las visitas de los trabajadores/as sociales. Esto conecta directamente con la *mirada integral* sobre la realidad de los casos, que se hace más patente en las visitas domiciliarias. También se conecta con los hallazgos encontrados a propósito de los objetivos a la hora de hacer visitas, que se tratan en otro apartado.

En síntesis:

A modo de síntesis, los resultados obtenidos a partir de las narrativas entorno a esta categoría, apuntan a: La consideración de la mirada integral de la realidad de los casos como el principal factor distintivo, esto implica contemplar simultáneamente en las visitas aspectos relativos a la situación de cada miembro, las relaciones familiares, el espacio doméstico de convivencia y el contexto comunitario. Otros elemento distintivo destacado es la capacidad y habilidad para establecer el vínculo (relación de ayuda) con los casos durante la visitas, así como mostrar interés y preocupación por sus problemas mostrando una actitud proactiva. Un aspecto relevante, es la flexibilidad y capacidad adaptativa a escenarios cambiantes donde se producen las visitas. Finalmente, la variedad de aspectos a considerar en las visitas, y la gran capacidad para la apreciación de detalles sutiles en la observación del espacio doméstico y extradoméstico.

3. 3. CATEGORÍA 3ª: LOS OBJETIVOS POR LOS CUALES LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES REALIZAN VISITAS DOMICILIARIAS.

Una informante sevillana señalaba en la entrevista que: “siempre antes de hacer una visita me pregunto: *¿pá qué?*, *¿pá qué voy yo a esa casa?*” 12S. Esa respuesta expresada tan castizamente, es clave a la hora de hacer una visita, por cuanto define el objetivo(s) que la motivan.

Otras preguntas de la entrevista cuestionaban sobre *el cómo, el cuándo, a quienes...*, en este punto es el momento de identificar los resultados del *para qué* visitar. Los objetivos que se pretenden conseguir en la intervención general con cada caso, determinan las acciones, la técnicas, los profesionales que intervienen, los tiempo a emplear, etc. en todo este proceso. En todo ello, las visitas domiciliarias puede ser una contribución importante.

Dado que pueden ser múltiples los objetivos que tienen para visitar cada informante, la pregunta se concretó para facilitar las respuestas, pidiéndoles que solo eligieran los tres objetivos más habituales de sus visitas. Se les solicitaba un esfuerzo de identificación y concreción respecto del *para qué* más recurrente de sus visitas.

En general las respuestas son extensas en buena parte de los informantes, y en un grupo más reducido concretaron cada objetivo de forma enumerada y sintética. Como ha sido habitual en otras preguntas, muchas de las respuesta van acompañadas de ejemplos y situaciones que enriquecen los aportes, a la vez que dificultan su análisis.

...uno (objetivo) pues es reafirmar un concepto, dos(objetivo) sería como mirar puntos básicos para efectuar un diagnóstico, y tres(objetivo) pues dependiendo el tipo de información que se requiera se determinarán unos objetivos básicos, pienso que eso sería como clave. 12B

Aunque como veremos, los resultados aportados en base a las descripciones de los objetivos, se presentan en tres grupos, no se debe entender que cada visita tiene un

solo objetivo, más al contrario, lo habitual es que tenga varios a la vez, en algunos casos las narrativas se presentan recargadas de objetivos según los testimonios, a modo de visitas barrocas. Un ejemplo de visita recargada de objetivos puede ser aquella que pretende, en una sola visita: 1. Valorar una situación dada; 2. Conocer a más miembros de la familia no presentes en la entrevista en el centro; 3. Fortalecer el vínculo con todos; 4. Informar de trámites o acciones que debe gestionar la familia...; 5. Conocer la casa donde viven; 6. Profundizar en la demanda planteada en el despacho; 7. Llevar a cabo acciones de información, orientación, contención, tratamiento...

...los objetivos que me llevan a realizar una visita domiciliaria, uno obtener información, otro conocer condiciones de riesgo y habitacionales en las que vive la familia, otro intervenir y crear mayor empatía con la familia, porque estaríamos en un espacio pues que a ellos les da mayor confianza. 14B

Se entiende que no siempre *más es más*, es probable que para cada objetivo o grupo de objetivos anteriores (o similares), se precisara de una visita. Sin embargo, los tiempos disponibles por los trabajadores/as sociales, así como la tendencia a las visitas puntuales más que las programadas (secuencias de visitas a lo largo de la intervención con objetivos operativos concretos para cada una), genera el aprovechar los tiempo de una visita para diversos fines, añadiéndole un punto más de dificultad y esfuerzo a la tarea.

Como apuntaba anteriormente, los resultados generales en esta categoría apuntan a tres subcategorías en las que se podrían englobar las respuestas:

1. Objetivos orientados a la evaluación del caso.
2. Objetivos orientados a la intervención con el caso.
3. Objetivos centrados en establecer y/o fortalecer la relación con el caso.

Este es el orden de frecuencia de aparición de estos tres grupos de objetivos (evaluación, intervención, relación), que además son idénticos en los tres escenarios estudiados, aun habiendo tan enorme distancia física entre las zonas (Bogotá, Valparaíso, Sevilla), en la apreciación general parece una fotografía que se repite en los aspectos generales. Como ocurre en los resultados de otras categorías, los aspectos más diferenciales, no responde tanto a cuestión transnacional, como a la diferencia de servicios y programas donde tienen experiencias los profesionales entrevistados. Los ejemplos diferenciales son más evidentes en las visitas domiciliarias de las trabajadoras sociales de empresa (Bogotá), o de la gendarmería (Valparaíso) que son netamente evaluativas/control, que las de los trabajadores/as sociales de los servicios sociales comunitarios (Sevilla) tienen una miscelánea de objetivos más difíciles de concretar. También el momento concreto en el que está la intervención con los casos definirán objetivos diferentes en las visitas en todos los ámbitos estudiados.

Como se aprecia en las subcategorías enunciadas, son dos grandes momentos en los que están presente las visitas: para evaluar y para intervenir. Reiterar que esta clasificación se realizan con fines meramente expositivos de los resultados, ya que como se explica más adelante, se entiende que evaluar es también una forma intervenir.

Como ha ocurrido en la exposición de resultados de otras categorías de esta investigación, la pregunta está orientada a captar rasgos generales de las visitas, no de un tipo de visita concreta (ej. de acogida, de urgencia, de seguimiento, de valoración...), siendo objeto estos tipos de visitas concretas, el foco de futuras investigaciones específicas.

3. 3. 1. Visitas de Evaluación.

Visitas cuyo objetivos están orientados a la evaluación del caso. Dentro de este subgrupo, encontramos todas aquellas narrativas que detallan como las visitas se orienta a realizar investigación micro-social con los casos, al objeto de conocer y comprender su situación. Sin duda uno de los resultados más destacables en los tres escenarios estudiados, es la consideración por los informantes, de la visita domiciliaria como un instrumento de evaluación de primera magnitud. Es más, algunos relatos incluidos en la categoría de conceptualización de la visita domiciliaria, entiende que realmente cuando se conoce bien a los usuarios/familias, es cuando se los visita en su entorno natural. La comprensión de un caso de manera más integral, precisa de esa pieza del puzle que le aporta la visita.

Las evaluaciones de los casos están orientadas por hipótesis acerca del mismo. Empleamos la idea de hipótesis en línea con Selvini (1980) como “una suposición que sirve de base a un razonamiento, sin referencia a su verdad, como punto de partida para una investigación” (p.9). No se trata de evaluar de manera aleatoria, y desorganizada, sino orientada e intencionalidad, guiada por una o varias hipótesis sobre el caso. De alguna manera, la visita domiciliaria que narran los informantes, es una búsqueda de respuestas a preguntas, donde se espera que la interacción con el mismo en su entorno natural resuelva dichas preguntas (en todo o en parte).

...como verificar hipótesis, de pronto, como uno hace una hipótesis y creo que uno decide que va a ir para verificar alguna hipótesis, para descartar algunas dudas.... 15B

Como detallan algunos informantes, hay casos más susceptibles de ser visitados que otros, por cuanto generan un número de preguntas mayor (hipótesis), concretándose esta idea en una narrativa recurrente, breve, y altamente significativa: “Este caso es para visita”. 9S.

“...uno pues creo que ya, que eso lo tenemos claro, verificar condiciones, cierto, para poder hacer unas lecturas mucho más profundas de lo que nos interesa, de la dinámica

de la familia... 11V

Otras evaluaciones domiciliarias se realizan en base a protocolos establecidos por el servicio, como un aporte más, y no sujetos a la decisión del trabajadores/as sociales de hacer o no la visita (visita domiciliaria impuesta). Este matiz está más presente en las trabajadoras/as sociales de Bogotá que se desempeñan en colegios o programas de ayuda asistencial básica, o en Sevilla para el ingreso en centro residenciales, o en Valparaíso en programas de familias en necesidad y riesgo social.

Al redactar un objetivo, lo habitual es formularlo con el verbo en infinitivo, así los verbos más referenciados en los relatos son: *Confirmar, verificar, ampliar, identificar, contrastar, descubrir, valorar, detectar, obtener, actualizar*. Junto a ello, la palabra *información* es la que más acompaña a estos verbos.

...la visita domiciliaria lo que pretende, es como ese paso más allá a verificar lo que aquel sujeto está mencionando en la oficina... 18B

...confirmar la información previa a la visita. 11S

...para verificar información que las familias nos dan, hace poco nos sucedía eso, una familia que aparentemente lo que nos habían dicho era unas condiciones a todo nivel terribles... 10V

Como se aprecia, algunos de estos verbos orientan la visita como a una acción de control, especialmente lo que hace referencia a la visita por sorpresa. Así las variables verificar, contrastar, descubrir... (sorprender), se encuentran muy próxima si relacionamos las categorías, que responden al *para* y al *cómo*. No siempre es así según expresan otros informantes, evaluando con previo aviso a los usuarios/familias.

Respecto a los hallazgos en relación a las visitas cuyo objetivo principal es evaluar los casos, dada la variedad de ámbitos donde se desempeñan los informantes, se han concretado en los siguientes grupos, organizados en función de la reiteración de los relatos:

- Diagnosticar:

Visitas cuyo objetivo principal es establecer o completar diagnósticos (en relatos de Bogotá emplean la expresión “elaborar el concepto” como sinónimo de diagnóstico y/o evaluación).

La consideración general, es que visitar es una contribución importante y/o decisiva en la definición de diagnósticos. Para los/as trabajadores/as sociales entrevistados, la interacción con los usuario/familia en el domicilio es una fuente de información clave para definir diagnósticos; y esto no es algo nuevo en el trabajo social, más al contrario, las pioneras hace un siglo señalaban esto mismo.

...otro objetivo que tiene, bueno pues, será el que nos aporta también información para tomar decisiones así estemos dentro de un proceso, definitivamente nos da para decir avanzamos o tomamos esta otra determinación, pero es básico, es básico... 7B

- Detectar riesgos:

La visita, empleada como herramienta que permite aportes importantes en la consideración de los riesgos. Los casos más referenciados son los relativos a riesgos en menores por malos tratos, abusos, abandonos...; y también con carácter general, detección de riesgo para la salud.

En la reiteración de este tipo de casos, se aprecia la activación y movilización de las informantes para confirmar o no estos riesgos, empleando en muchos casos la visita domiciliaria sorpresiva como variante de visita que consideran efectiva este cometido.

El objetivo primordial es descubrir, descubrir como lo que aqueja al niño que está en mis manos en ese momento, yo parto de la teoría que los hijos no son de los padres, son de todos nosotros, los pequeños y para mi pequeño es hasta que sea mayor de edad y si esta mayor de dar el séptimo, por decir algo, sigue siendo pequeño porque no ha pasado una etapa, entonces eso me hace que yo te termine la necesidad de él de acuerdo a lo que lo conozco y por qué debo ir. 11B

- Evaluar las variables: habitacional, relacional y comunitaria:

En línea con otros aportes ya señalados en otras categorías, la evaluación del espacio doméstico o habitacional, de las relaciones familiares y del entorno comunitario, ocupa el lugar principal en los objetivos de las visitas, expresados así por este orden, y de manera idéntica en los tres casos estudiados.

Dentro de la dimensión habitacional, evaluar las condiciones de la vivienda, si esta reúne los requisitos básicos para los miembros, especialmente si hay niños, miembros enfermos o mayores dependientes. Y de manera destacada, los relatos señalan el interés por la limpieza, la salubridad, el orden. Así como el volumen y estado del equipamiento y enseres básicos (agua corriente, agua caliente, baño, frigorífico, cocina, mobiliario, camas, etc.). También aparece en los relatos evaluar la alimentación e higiene de los menores especialmente o de miembros enfermos sin autonomía personal. Ocupa también un lugar destacado, referencias recurrentes a la evaluaciones de elementos suntuosos en relación al nivel de vida y la petición de ayuda asistencial.

...el principal objetivo es establecer las condiciones habitacionales, definiendo los elementos y condiciones de riesgo y aspectos también protectores con los que cuenta el sistema familiar dentro de su vivienda, básicamente. 5B

...me llama la atención que en muchas casas se vea que son casas humildes y que tienen muchas necesidades, se vea siempre su gran televisor y su buen equipo de música y eso también llama la atención de ver y luego la limpieza, la limpieza de la habitación... 3V

En el ámbito espacial el centro de interés es la distribución de espacio en la casa, la existencia de espacio básico para cada miembro, los usos de los espacio, los lugares comunes de encuentro, los límites y distinción espacial entre los adultos y los niños. Las relaciones de los miembros en el espacio (momentos de encuentro, comidas juntos, tensiones reflejadas en el espacio, el respeto por el espacio del otro...) también se expresa como un aspecto de interés.

...y en el otro aspecto yo creo que es poder observar la dinámica familiar que se da dentro. El tema de las relaciones que se dan... ahí es cómo la madre se relaciona con los

hijos, cómo se vincula, ¿qué se yo? Con su pareja... yo creo que uno puede observar la dinámica familiar en el hogar es mucho más rico que verlo fuera de él ¿no es cierto?.

18S

Existen objetivos como evidenciar la dinámica familiar, la organización dentro del espacio, ver jerarquías y relaciones de poder, establecer el juego de roles que se tiene, establecer también si existe de pronto agresiones emocionales o psicológicas frente a algún miembro, triangulaciones, si existen agendas ocultas que se pueden a veces leer dentro de cómo yo hago que otro duerma, si es mi hijo o no lo es, ese tipo de cosas se puede leer entonces se puede hacer una lectura un poco más completa de la situación familiar...20V

Respecto a la dimensión comunitaria, un objetivo destacado es la evaluación de las redes sociales del usuario/familia en su entorno más cercano, especialmente lo que se refiere a los apoyos recibidos y prestados. Esta preocupación se manifiesta con más reiteración en Bogotá y Valparaíso especialmente.

Dentro de estas redes, los/las informantes, señalan en primer lugar la vecindad (algunos trabajadores/as sociales también incluyen en sus visitas el contacto con los vecinos, se detecta más esta tendencia en Bogotá y Valparaíso que en Sevilla). Después las redes familiares cercanas (familia extensa), y las redes institucionales con las que mantienen relación y/o contacto más frecuente, se interesan en saber especialmente por los colegios, servicios de salud, servicios sociales y entidades religiosas (también algunos informantes incluyen visitas a estos servicios en sus visitas).

Bueno, el segundo (objetivo) yo creo que el tema de poder hacer una observación sobre el contexto con el cual viven, el tema barrial, comunitario en el cual se desenvuelven, en el cual está inserta la familia. 24V

Los objetivos, es un poco lo que te decía antes, básicamente es incorporar a la familia y a su red de relaciones afectivas inmediatas, no cierto en el proceso de inserción social positiva, eso significa cómo ellos se involucran, cómo para esta persona hay un soporte familiar afectivo relevante y que le da sentido a lo que hace... 16V

En este mismo ámbito, también se expresa interés por conocer la realidad cultural y contextualizar el caso en la misma, especialmente se aprecia este objetivo en los relatos de Bogotá en el trabajo con población desplazada, y en Sevilla con población inmigrante y etnia gitana.

- Detectar factores de compensación:

Aunque el devenir de la práctica termina orientando la intervención a observar más las disfuncionalidades que presentan las personas y las familias, no se puede perder de vista que una de las características del trabajo social es fijarse en las fortalezas, las capacidades, los recursos que tienen las personas y las familias, las *bazas* que decía Richmond (1995). Los informantes del ámbito sanitario, lo explicitan como los activos de salud y en los servicios sociales comunitarios como los factores de compensación.

Para ello, también la visita es una buena oportunidad para evaluar esta faceta, apreciando sobre el terreno, como los casos enfrentan la adversidad. Observar una simple cortina que separa un único espacio para vivir, creando temporalmente un límite entre donde duermen los adultos y los niños, puede ser valorado como una capacidad para la diferenciación intersubsistémica de la familia. El cuidado de animales o plantas puede ser valorado también como una capacidad.

Hay situaciones que se van mucho más allá de lo que tu puedes mirar con una entrevista, con estar con esa persona ahí, a veces lo que se dice no está tan allá como el poder verlo y sentirlo y palparlo, pero eso también al realizar la visita, yo veía como también una mujer supremamente emprendedora, ella no se quedaba en nada más y me recuerdo mucho que el televisor, había 2 televisores en la pieza y me causó como curiosidad; humm en esta pobreza tan macha y con 2 televisores, yo decía: no tenaz, pero lo más curioso de la situación era que un televisor era el que daba la imagen y el otro chiquitico, por allá volcado sin pantalla era el que daba el sonido y ella me decía: no es que me regalaron y mi hijo se puso a cacharrear y pudo hacer que un tv sirviera de los 2 y yo decía: hasta la misma vulnerabilidad, la misma pobreza, esa misma miseria que estaban viviendo saca de la nada algo para su beneficio, son como experiencias muy bonitas de las cuales uno como que le queda marcado en el corazón y muy chévere. 12B.

3. 3. 2. Objetivos orientados a la intervención con los/as usuarios y familias.

La visita no solo es un instrumento empleado para la evaluación, sino también para la intervención. Es evidente que evaluar es intervenir, solo por cuestiones de orden en la presentación de resultados se separa un aspecto del otro, como ya he señalado. Toda visita es una intervención, aunque la misma esté más orientada a evaluar que a desarrollar una parte del plan de trabajo con la familia. Por ejemplo, las visitas que relatan los informantes en relación a la aplicación de la Ley de Autonomía personal y atención a la dependencia, la primera(s) son netamente evaluativa del grado de dependencia, la siguiente(s) son de negociación del PIA (Programa Individual de Atención), y las subsiguientes de implementación y seguimiento del PIA. Todas ellas son visitas, pero con acciones y efectos diferenciados.

En los resultados se aprecian los siguientes grupos de intervenciones domiciliarias más frecuentes: 1. Intervenciones de carácter asistencial y control-asistencial; 2. Intervenciones de carácter relacional, de orientación y terapéuticas; 3. Otras de carácter más variado.

Respecto a las intervenciones asistenciales (1), señalar de antemano, que salvo en algunos contextos concretos, parece que la demanda asistencial, es la vía de entrada más común para a la intervención de los trabajadores/as sociales con los casos. Esto se aprecia especialmente en los relatos de Sevilla, y parece estar en línea con la tendencia marcadamente asistencial que ha tomado el trabajo social en el país en las últimas décadas marcadamente orientado a la provisión de recursos sociales, visualizándose con mayor dificultad otras intervenciones (Cañero, 2011; Almada & Frau, 2011; Gaviria, 1995)

En Bogotá y Valparaíso se aprecian una presencia de relatos relativos a intervenciones no solo asistenciales (por ej. prevención de riesgos, educación para la salud, libertad vigilada, intervención comunitaria, empoderamiento de colectivos – mujer especialmente y sectores vulnerables-, etc.).

“Conocer, pero conocer... conocer el fondo, más allá de detrás del escritorio, lo siento, me cuesta sintetizar. El fondo depende del objetivo que tengas para la visita, porque en cinco años mi objetivo no era solo asistencial...” 23B

Como se mencionó en la fundamentación y en la categoría sobre la conceptualización, en Bogotá algunas trabajadoras/as sociales emplean una denominación diferencia para referirse a la visita domiciliaria, la llaman Consulta Social Domiciliaria, para diferenciarla de la visita clásica muy enmarcada en lo puramente asistencial, esta nueva denominación engloba intervenciones más de orientación, terapéutico, mediación, etc.

En Valparaíso, algunos de los informantes trabajan, han trabajado o conocen por coordinación de casos, el Programa Puente dentro del plan gubernamental “*Chile crece contigo*”. Dicho programa se ejecuta por trabajadoras/as sociales solo a través de visitas domiciliarias programadas, y cuyos objetivos son de promoción, prevención, educación, empoderamiento... de grupos de familias asignadas zonalmente para cada trabajador/a social contratado.

En Sevilla, algunos informantes trabajan, han trabajado o llevan casos en común con los Equipos de Tratamiento Familiar que atiende a familias con menores en riesgo. Dicho programa no es de carácter asistencial, sino de tratamiento de familias. Algunas narrativas expresadas, apunta hacia la encomienda de gestión/intermediación de recursos a los trabajadores/as sociales de este servicio, realizando otros profesionales de los equipos funciones más de carácter terapéutico. Señalar que esto no es uniforme,

depende del grado de formación y disposición para intervenciones relacionales que tenga el trabajador/a social de esos equipos, no circunscribiéndose solo a gestión/intermediación con recursos externos.

Dentro de las intervenciones domiciliarias con objetivos asistenciales, que narran los informantes, están aquellas relativas a provisión de servicios y prestaciones económicas, en especies y/o en servicios profesionales. En Valparaíso las denominan genéricamente *beneficios*, en Bogotá subsidio básico, ayudas, *canasta básica* o similar, dependiendo del programa asistencial.

Generalmente este tipo de intervenciones asistenciales están referidas a alimentación, condiciones estructurales y/o equipamiento básico de la vivienda, ayuda escolar (plazas escolares, becas, libros, transporte), prestaciones o atención domiciliaria por discapacidad, enfermedad crónica, dependencia..., intervenciones asistenciales de emergencia comunes en las tres realidades, y especialmente por los efectos de terremotos e incendios en Valparaíso; atención a desplazados por violencia en Bogotá, y situaciones de emergencia social por la crisis socioeconómica en Sevilla.

Todas estas visitas de intervenciones en el domicilio, tiene como actuación previa, las visitas cuyo objetivo era de evaluación referidas en el punto anterior. Y además, conllevan visitas de control asistencial, para el buen uso de las ayudas asignadas. En este tipo de intervenciones domiciliarias, el/la trabajador/a social se sitúa en la ya referida ambivalencia de ayuda y control, y en medio de ambas, se activan los *juegos relacionales* (Selvini,1990) entre usuarios/familias, profesionales y servicios: Ej. de encubrimiento-descubrimiento, identificación de estafadores, detección de engaños y fraudes, picarescas... Y donde la visita domiciliaria sorpresiva tiene un especial protagonismo, tanto en la fase de evaluación de necesidades, como de control de prestaciones o beneficios.

...puede ser una verificación de lo que el ya había planteado, porque a muchos trabajadores sociales en el tema de la entrevista y en el tema de encuesta frente a problemáticas o frente a ayudas que se están buscando la gente miente mucho, la gente se inventa un discurso. 6B

Otro tipo de intervenciones domiciliarias destacadas en las narrativas son las que tienen un objetivo de carácter orientación-relacional-terapéutico (2). En Bogotá y Valparaíso la expresión terapéutico aparece con más frecuencia que en los relatos de Sevilla, que es prácticamente inapreciable.

El hiperdesarrollo de la función asistencial en el trabajo social en España, ha reducido o invisibilizado las intervenciones terapéuticas propias de los contextos psicosociales que de común se producen tanto en el despacho, como en las visitas. Así, actuaciones de contención, apoyo, acompañamiento, definición de límites, trabajo con comunicación disfuncional, intervención en crisis, orientación, mediaciones, empoderamiento..., aun siendo frecuentes (y con frecuencia acompañando intervenciones de tipo asistencial), son escasamente visibilizadas en los registro de indicadores de actividad profesional de los/as trabajadores/as sociales, y en las narrativas de los informantes, quedando consignadas en el mejor de los casos como intervenciones psicosociales genéricas.

La realización de intervenciones relacionales-terapéuticas, no son exclusivas de los contextos de terapia o psicoterapia, se puede llevar a cabo en contexto no clínicos o psicosociales. Tampoco son exclusivas de algunas disciplinas que de forma interesada y corporativistas pretenden su apropiación. Y tampoco tienen porque ser constreñidas a la intervenciones en el despacho, sino que se pueden desarrollar también en el domicilio. Como referencia se sugieren los aportes de Cirillo (1994), Coletti y Linares (1997), Minuchin, P, Colapinto y Minuchin, S. (2000)

...generar también un proceso transformador en el grupo familiar, porque no solamente

hacemos transferencia de recursos porque también hacemos trabajo con las familias, entonces nos da la posibilidad también de poder dialogar con esa familia y generar como te decía un trabajo como más promocional dentro de lo que nosotros podamos. 14V

Yo no voy solo a un domicilio para contar camas, para mi trabajar las relaciones familiares en las visitas es clave. 12s

En el trabajo social, los síntomas que activan a los/as trabajadores/as sociales son relativas a demandas de carácter asistencial (en sus diversos grados); al igual que en medicina los síntomas están relacionados con demandas farmacológicas por alguna dolencia física; o en psicología demandas psicoterapéuticas por algún malestar psicológico o psicofísico. Cada profesión tiene sus puertas de entrada más habituales, genéricas y conocidas. Eso no obsta, que luego las actuaciones puedan ir más allá que la gestión de una prestación o servicio, la receta de un fármaco, o la aplicación de un test o una escala como las intervenciones más esperadas.

En el trabajo social, las intervenciones de carácter asistencial no son excluyentes o incompatibles por definición con intervenciones de otro orden. De común, tras demanda reiteradas de carácter asistencial, hay un malestar relacional, y en tanto no se aborde dicho malestar (intervención para cambios de segundo orden. Watzlawick, 1995), las demandas asistenciales se repetirán (intervención para cambios de primer orden. Watzlawick, 1995). En los aportes de los informantes, se aprecian variantes entorno a este aspecto, algunos se centran más en lo asistencial en sus relatos, y otros/as aportan testimonios de intervenciones más amplias que solo lo asistencial.

En este estado de la cuestión, la visita domiciliaria no es ajena, es protagonista, al valorar la demanda inicial asistencial, y también en la redefinición relacional de la misma, y en la intervención terapéutica en el domicilio y en el despacho si fuera el caso. Todo ello es factible, siempre y cuando se den las condiciones y se venzan las

resistencias (de las familias, de otros miembros del equipo, de los servicios, e incluso de algunos trabajador/a social).

...intervenir ese medio familiar, o sea, hacer un proceso de intervención terapéutico en su medio familiar o de orientación social es su medio familiar, [...] hacer el proceso de intervención a la familia en su contexto, en su entorno, intervención terapéutica, orientación, cada profesional de acuerdo como con su experiencia y su formación ... 2B

Se aprecia una mayor tendencia y claridad a reconocer e implementar esta dimensión terapéutica del trabajo social, no solo en el despacho, sino también en el domicilio en los trabajadores/as sociales de Bogotá, también en los informantes de Valparaíso, especialmente los que trabajan o tienen experiencia en el campo de la salud, la educación y programas de familia; y se observa una menor tendencia a expresiones de tipo terapéutico en los informantes de Sevilla.

...la elaboración de diagnóstico, ya sea de que formemos parte de algún grupo de intervención o de terapia, es un valor agregado, el poder conocer el entorno del cliente porque te entrega elementos que no puedes recoger necesariamente en una entrevista aún cuando a esas mismas personas tú las pudieras estar entrevistando en otro lugar. Entonces la dinámica que se da al interior del hogar de la familia son elementos que tú puedes rescatar sólo de ahí. 15V

Este último es un dato relevante, que afecta a la visita domiciliaria en general, y a la inclusión de objetivos de tipo terapéutico a la hora de hacer visitas. En este punto, no se aprecian apenas referencias concretas a modelos-métodos de intervención terapéutico en el domicilio, las que aparecen serían en relación al clásico *trabajo social de caso*, y al *modelo sistémico*.

Finalmente enumerar otro grupo heterogéneo (3) de intervenciones realizadas en el domicilio a través de visitas domiciliarias, cuyos objetivos están orientados al: reingreso e inclusión (ej. pacientes hospitalizados o con enfermedades crónicas, jóvenes con delito penal); control de riesgos (ej. programas de absentismo escolar, nutrición, salud infantil); movilización de capacidades y empoderamiento (ej. con mujeres jefas de

hogar, mujeres víctimas de violencia, población desplazada, grupos indígenas...); atención a la dependencia (ej. personas dependientes, atención a las cuidadoras); mediación de conflictos intrafamiliares (ej. por sobrecarga familiar, rupturas, violencia intrafamiliar...).

3.3.3. Objetivos centrados en la relación con el caso.

Este aspecto ya apareció en la conceptualización de la visita, nuevamente aflora en otra parte de la entrevista dada su relevancia. En sí mismo, visitar es una forma de acercamiento, visitar implica *ir a*.... La acción de la visita conlleva: reservar un tiempo en la agenda, organizarse, movilizarse, desplazarse, entrar en un lugar ajeno y desconocido, mostrar interés, contactar..., en suma reducir la distancia. Se puede apreciar, como los profesionales entrevistados destacan en sus narrativas su interés por ir a...; y como uno de los activos de los profesionales del trabajo social, es su habilidad para la relación en un marco ajeno como es el domicilio de los/as visitados.

“el segundo(objetivo) es como lo que te decía del acercamiento, de la vivencia, entonces como generar unos lazos mas cercanos al proceso que te has como puesto como objetivo, ...” 21V

Es muy relevante que se contemple la visita no solo con un carácter instrumental, sino también con la dimensión relacional ya mencionada. No debe entenderse esto como una forma de relación social de amistad o familiaridad, sino siempre como relación profesional. La relevancia está en que los profesionales entrevistados también entiende que la visita es una contribución a la relación de ayuda, ya que sin la misma no hay trabajo social. (ver apartado de relación de ayuda de la fundamentación).

Los relatos destacan que los trabajadores/as sociales entrevistados realizan visitas con el objetivo de: *conocer, tomar contacto con los usuario/familia en su medio, mostrar cercanía hacia los usuarios, demostrar interés por su situación fuera del despacho, dialogar-conversar en su propio espacio doméstico, empatizar, reforzar conductas y logros, establecer o reforzar la confianza, contextualizar la persona en su ambiente, movilizar capacidades, ampliar el vínculo con otros miembros, vencer resistencias...*

Conocer el ámbito familiar, implica escuchar también. Y evocar, responder... 18S

Principalmente por ejemplo, uno hablaba de que tenía que hacer cincuenta Visitas Domiciliarias en media hora, veinte minutos, que es impensable muchas veces para algunos temas familiares o temas que están relacionados con las personas o evidentemente para escuchar o ver o sentir a la persona que está contigo conversando... 24V

...pues otro (objetivo), otro grande ya sería el que tiene que pues como decía, el que la más allá de una visita técnica, el que permite conocer, ampliar el conocimiento que se tiene sobre la dinámica familiar, el que permite que uno conozca otros miembros de la familia, el que permite que uno esté más cerca y fortalezca un poco el vínculo entre profesional y cliente..." 18B

En síntesis:

En general para toda la categoría, los/as trabajadores/as sociales entrevistados, definen un *para qué* hacer cada visita. Por presión asistencial, falta de tiempo u otros factores, las recargan de objetivos. Las visitas que realizan se orienta a buscar o a dar respuestas (diagnósticos, contrastar, informar, orientar, contener, etc.). Y también emplean la visita para fortalecer la relación de ayuda. En Sevilla las intervenciones son más de carácter asistencial, quedando invisibilizadas las intervenciones de carácter terapéutico; en Bogotá y Valparaíso, aun también habiendo visitas con un marcado carácter asistencial, las intervenciones domiciliarias relacionales, terapéuticas, y comunitarias aparecen de manera más recurrente.

3. 4. CATEGORÍA 4ª: METODOLOGÍA EMPLEADA EN LA REALIZACIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS.

Ander-Egg (1980) apunta que metodología es el “camino a seguir mediante una serie de operaciones y reglas fijadas de antemano de manera voluntaria y reflexiva, para alcanzar un cierto fin” (p.32), y el mismo señala en otra obra, “La metodología es un conjunto de operaciones o actividades dentro de un proceso pre-establecido que se realizan de manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad social.” (p.15).

En este apartado de la investigación, se centra precisamente en identificar la metodología empleada para la realización de visitas a domicilio. Este punto se centra en intentar conocer el *cómo* técnicamente realizan las visitas, tratando de identificar a través de las experiencias de los profesionales que metodología(s) emplean a la hora de visitar.

A nivel metodológico, el interés concreto al preguntar a los entrevistados/as, se centraba en conocer dos variables: 1. Si planifican las visitas; 2. Qué fases y/o pasos emplean en el desarrollo de la misma. Aunque se presentan en formulaciones diferenciadas, ambas preguntas se encuadran dentro de una misma categoría de análisis orientada a identificar la metodología empleada por los informantes para visitar.

Respecto a la primera cuestión, planificación de las visitas, se entiende que todas las visitas tienen que ser previamente preparadas, no anticipando todas las posibles incertidumbres, lo cual es imposible, pero si estableciendo una secuencia lógica de acciones que permitan alcanzar los objetivos previstos para la misma.

Respecto de la segunda parte de la pregunta: *¿Qué fases y/o pasos llevas a cabo cuando realizas visitas domiciliarias*, se apuntaba en la fundamentación la conveniencia de evitar que la visita se improvisase, y que ésta fuera un acto reflejo e irreflexivo. Se

proponía que ésta estuviera inserta en el plan de trabajo que se esté aplicado con el caso, entendiendo que supondrá una contribución significativa.

En su preparación, se hace preciso anticipar y prever los detalles a tener en cuenta, siendo consciente del alto nivel de incertidumbre que se genera al visitar, al tratarse de un entorno ajeno y escasamente controlado por el/a trabajador/a social.

En la misma línea, se apuntaba, la necesidad de aplicar una metodología para visitar que evitará la realización de intervenciones meramente intuitivas. Esta metodología tiene como base los modelos de intervención y los marcos teóricos de referencia, y secuenciará cada momento de la intervención en el domicilio en el antes, durante y después de la visita. Con ello se pretendía dar a entender que la visita es una *isla* al margen del resto de la intervención. Igualmente la metodología empleada se entiende flexible y adaptativa, al trabajar en entornos externos cambiantes.

Finalmente, en este recordatorio necesarios de la fundamentación respecto al análisis de resultados de esta categoría, se apuntaban dos referencias metodológica según autores, sobre una base común. La primera de carácter general y básica (Salazar, 1993) que secuencia tres pasos fundamentalmente: Planificación o preparación, ejecución y evaluación, muy en línea con el enfoque teórico-práctico del *método básico* (o *ciclo tecnológico*) del trabajo social. Y la segunda, mediante el modelo de fases de inspiración sistémica (Quiroz, 1994), más concreta y secuencia en sus distintos momentos, que el autor denomina de los *10 pasos*.

Sobre la base las narrativas de los/as informantes, se aportan los resultados generales relativos a si los profesionales emplean una metodología(s) a la hora de realizar las visitas. Para la exposición de resultados se identifican distintas subcategorías, a saber:

1. Deconstruir la acción de visitar.

2. Flexibilidad vs Rigidez.

3. Metodología básica.

3. 4. 1. Deconstruir los automatismos de la acción de visitar.

En este punto relativo a cuestionar a los/as informantes sobre la metodología que emplean al visitar, suscita (como en otras preguntas de la entrevista) en los entrevistados cierta zozobra, se apreciaban gestos de pararse a pensar la respuesta, o bien, respuestas rápidas, que los entrevistados reconducían y reelaboraban su línea argumental conforme se expresaban. También ha sido recurrente nuevamente responder por medio de ejemplos, experiencias o supuestos.

Como entrevistador he tenido la sensación de que las preguntas relativa a esta categoría ponían al entrevistado antes una situación no pensada o no verbalizada antes; o bien, que se trataba de una pregunta que requiere más tiempo para pensarla; o también, que la respuesta exige un esfuerzo de explicar acciones muy interiorizadas y automatizadas cotidianamente, que precisan ser repensadas. Finalmente, la última opción, es considerar que la pregunta es confusa en su formulación (*¿Planificas las visitas?, ¿Qué fases y/o pasos llevas a cabo cuando realizas visitas domiciliarias?*)

Sobre la base de estas opciones, señalar que algunos/as de los informantes hicieron algún tipo de comentario previo en línea con lo anterior (*uff, a ver como te lo digo, eso tengo que pensarlo, no es fácil la respuesta...*). Otros/as pidieran aclaración sobre a que se refería en concreto la pregunta. Para evitar confusiones, se empleó una aclaración uniforme para todos los casos, mediante un ejemplo estándar e ilustrativo, se le indicaba: - *Imagina que tienes un alumno/a en prácticas, y ante una inminente visita a un domicilio, el alumno/a con deseos de aprender, te pregunta: ¿qué metodología empleas habitualmente para hacer visitas?, al visitar ¿qué haces en primer lugar, en*

segundo, en tercero, etc.? -. Con este ejemplo, se pretendía llevar al entrevistado/a a situarse en clave de tener que explicar a un tercero su metodología de trabajo, procesos, pasos, secuencias...a la hora de visitar. Aunque el ejemplo pretende ser ilustrativo, no reduce la dificultad de la respuesta.

Otra reflexión como investigador al respecto me lleva a pensar, que la cotidianidad no pensada, puede ser una de las explicaciones a la dificultad de explicar algo tan cotidiano y recurrente, como es visitar los domicilios de los casos. Esta acción reiterada de visitar parece ejecutarse de manera automática, quedando con ello limitada la identificación de las secuencias, pasos y procesos, y dificultado reflexionarlos y cuestionarlos.

Pareciera también, que el profesional después de tantas visitas, se centra más en las características particulares de los casos, que en pensar la cuestión metodológica de la visita, y la secuencia de pasos antes, durante y después de la misma. Esta metodología se torna “invisible” y se ejecuta sin más, y al preguntar sobre ella, el profesional tiene que hacer todo un ejercicio de deconstrucción de sus automatismos, y esto no se antoja fácil.

3. 4. 2. Flexibilidad versus Rigidez.

Uno de los resultados que se pueden extraer de las narrativas, es que los entrevistados al plantearles esta cuestión metodológica, entienden que planificar mucho la visita, y tener unas fases y pasos, es algo muy estructurado y cerrado para un entorno cambiante e imprevisible.

Se evidencian que la mayoría de los entrevistados/as, toman la opción por una metodología flexible, más espontánea, más adaptada a cada visita, no sometida a procedimientos, plantillas y protocolos rígidos. Señalan que, en el devenir de las visitas,

hay que adaptarse a avatares no contemplados, a dificultades propias del trabajo sobre terreno, que no se pueden preparar de antemano.

Yo pienso que si se debe planificar pero a rasgos muy generales, porque si uno hace como un croquis de que primero, segundo, tercero, uno no lo va seguir, porque surgen muchísimas otras cosas que de pronto hacen que no pueda seguir mis pasos, [...] ...no se dieron los pasos como yo los había planificado y con una familia pues es muy difícil, yo pienso que es muy difícil que yo siga unos pasos determinados con anterioridad por las situaciones que puede surgir, que no las he previsto”. 1B

Algunos/as informantes señalan (en los tres escenarios estudiados), haber abandonado el empleo de procedimientos estandarizados previamente, por falta de flexibilidad para su aplicación en todos los casos. Solo aquellos profesionales que emplean la visita para evaluar ingresos en centros y en ciertos programas, manifiestan seguir empleando plantillas o impreso formalizado institucionalmente.

...pues yo pienso que son como los generales, no, el romper el hielo con las personas, el explicarles por qué estamos aquí, que vamos hacer, hacer las preguntas básicas, hacer parte de observación, claro que eso es como conjugadito, porque uno va hablando, preguntando y a la vez va como observando, entonces yo pienso que así como pasos primero segundo tercero cuarto, no, pero, para mi no los tengo, no los uso, utilizo una cosa pegada de otra. 12B

Señalar que las preguntas de la entrevista, no se encaminaba a saber si empleaban plantillas, cuestionarios, impresos... formalizados para hacer las visitas, sin embargo un amplio volumen de entrevistados han respondido en esta línea, rechazándolas.

A partir de los aportes de los entrevistados, se aprecia una confusión al entender que emplear una metodología para visitar (planificarlas, llevarlas a cabo siguiendo un procedimiento por fase, pasos o etapas), es emplear un cuestionario, plantilla o encuesta de preguntas a plantear, u aspectos a observar sobre la base de una guía estándar. Estas respuestas parecen identificar procedimiento metodológico con rigidez.

Creo que sería impertinente el establecimiento de etapas en un proceso que hay que

seguir, no, es decir, yo creo que dependiendo la dinámica familiar o la dinámica misma de proceso, porque eso no es estático, eso está lleno de interacción humana y por eso mismo naturalmente es dinámico, creo que dependiendo el avance o retroceso mismo que haya en el proceso debe orientarse el objetivo y de pronto creo orientarse en metodologías que uno aunque no las lleva marcadas, pero las lleva internalizadas. 6V

Otro de los aspectos destacables, es que los razonamientos o ejemplos empleados por los entrevistados, dan la oportunidad de entrever una metodología general básica, similar para la mayoría de los casos que visitan, en línea con la que se expone en la fundamentación. Esta metodología básica se corresponde en gran medida con el método básico del trabajo social (o ciclo tecnológico como lo denominan en Chile) como hemos anticipado en la introducción.

...si claro, se planificaba pero muy mínima, muy mínima, o sea nosotros mirábamos, obviamente primero mirábamos el núcleo familiar, o sea composición familiar, luego mirábamos la parte socioeconómica, familiar y de pronto los antecedentes históricos de la familia, eran los tres aspectos fundamentales que enfocábamos, pero de eso ya nosotros lo desarrollábamos de acuerdo a las condiciones que se presentaban en la visita. 20B

3. 4. 3. Metodología básica.

Este apartado está dividido en dos partes, la primera se centrada en identificar los resultados relativo a la cuestión *planificación de la visita*. Y la segunda, respecto a la implementación *secuenciada en pasos y/o fases de la visita*.

(¿Planificas las visita domiciliaria?) No, no, eso se da por la práctica, no se da porque exista un método, una estructura que... contenga digamos esos aspectos. 14V

3. 4. 3. 1. Respecto a la cuestión sobre si *planifican las visitas*, en los tres escenarios, sus respuestas se orientan a cuestiones concretas a prever antes de las visitas. Los detalles más recurrentes que le preocupan planificar a los informantes son:

- Objetivo de la visita: Determinar el objetivo(s) de la visita se entienden como el aspecto central a prever.

- Visitados: Determinar las personas que el trabajador/a social entiende como necesarias que estén presentes durante la visita, especialmente miembros no conocidos previamente en entrevistas, o algún miembro de la familia que se considere más importante su presencia en relación al objetivo de la intervención.
- Preguntas: Determinar las preguntas más importantes o relevantes a formular en la visita, así como anticipar la posibles respuestas de los usuarios. También preparar las posibles preguntas que los usuario/familia le puedan formular al trabajador/a social (dudas, procedimiento, resoluciones, consecuencias, etc.). Especial preparación requiere las respuestas a dar relativa a restricción de servicios.
- Tiempos: Determinar los tiempos aproximados de cada visita según los aspecto inicialmente previsto a tratar y objetivo de la misma, para planificar el resto de las visitas que se puedan hacer en la misma salida del centro. Con carácter general, los informantes señalan, como parte de su planificación, tener días señalados (a la semana o al mes) para hacer visitas, concentrado varias en esas salidas.
- Localización: Planificar la localización del domicilio, el tipo de transporte, y el itinerario lógico de las distintas visitas programadas en la misma salida. Este aspecto logístico, se aprecia de gran preocupación, por cuanto la administración de los tiempos disponibles genera gran presión.

3. 4. 3. 2. Respecto al empleo de secuencia en fases o pasos en las visitas, en las narrativas en forma de ejemplos, relatos descriptivos y explicaciones apunta a lo siguiente:

- No se ha identificado ningún caso de los informantes entrevistados/as, ni en

ninguno de los tres escenarios, una respuesta que enumere de manera clara y completa (de principio a fin) cada paso que da para realizar las visitas.

- Las respuestas dadas, se centran en aspectos generales, o bien, en algunos aspectos concretos que el informante entiende como determinante de su forma de hacer visitas (objetivos y logística principalmente); o bien, se centran en explicar de manera fragmentada algunos pasos, momentos o tareas concretas al hacer visitas. A partir de estos aportes fragmentados, se concreta más adelante, lo que podría ser una metodología de conjunto, pero más desde la perspectiva del observador-investigador, que de los actor/es (informantes).

- En lo que respecta a los momentos, pasos o tareas que si llegan a referir, se percibe que no le dan nombre técnico, sino que los describen, por ejemplo explican: que antes de la visita revisan el expediente del caso, el momento de la llega al domicilio, saludan y se presentan, explican el motivo de la visita, etc. No refiriéndose a esto mismo en términos técnicos propiamente: ej. fase previa, fase de acogida y presentación, fase de exposición de motivos, o de confrontación de hipótesis, etc. Las narrativas muestran un continuum (*"muy conjugadito"* 12B), salpicado de momentos o tareas, especialmente las previas a la visita, que son las más referidas por los/as entrevistados/as.

- Los aportes más diferenciados (fases-pasos) se aprecian más en los trabajadores/as sociales con menor experiencia profesional, y los más integrados en un continuum los que tienen más años de ejercicio. De igual manera, los informantes con experiencia en el campo de la salud y justicia, tienden más a diferenciar los pasos de la visita, y también en aquellos que tienen experiencia en programas en los que los procedimientos burocráticos marca la secuencia de intervención.

- Donde se aprecian más detalles concretos referidos a tareas que podrían ser asimilables a pasos, es al describir el *antes* de la visita, los primeros momentos de la misma, y el *final*. La parte intermedia (el *durante* o ejecución), es una *nebulosa* difícil de concretar a vista del observador.

A continuación se detallan los hallazgos que se han podido identificar a partir de cada uno de los momentos de la visita: en el *antes*, *durante* y *después*.

...si ahora visito la casa, lo primero que haría sería crear un buen ambiente o que existiera cierta confianza en mí, que no estuviesen tensos, o a lo mejor una presentación, explicar un poco en esa presentación de decir mira mi objetivo es este...yo tengo que valorar esto, en positivo, para poder ayudarlos, para poder gestionar vuestra ayuda...lo dejaría clarito para que se destensaran. A la hora de la casa preferiría que fueran ellos los que me enseñaran su casa y finalmente les diría cosas concretas que me gustaría saber-hacer sobre el domicilio que me pueden servir para ayudarles... Yo creo que serían las cosas... pero fundamentalmente las partes de presentación y de explicarles que se va a hacer y dentro de que se va a hacer esa visita, dentro de la intervención o con que objetivo... 4S

- *Antes*:

A partir de las narrativas, hay una coincidencia general en quienes se han pronunciado al respecto, en señalar la necesidad de analizar los datos que haya del caso antes de cursar la visita. Los aportes apuntan a la consulta del expediente (o datos previos del caso) como la acción más frecuente. A los efectos analíticos este se identifica como un paso dentro de la fase previa o de planificación de la visita.

También hay coincidencia en señalar como paso previo a la visita, identificar el objetivo(s) de la misma. No se describe si estos quedan redactados o no. Ni las características técnicas de esa identificación de objetivos.

La localización de la zona de la visita aparece como otro aspecto previo,

al igual que incorporar en la agenda el día previsto para hacer la visita. La inclusión en la agenda del/la trabajador/a social no implica necesariamente dar aviso al usuario/familia de la visita. Es decir, a partir de las narrativas, se aprecia que se puede fijar día y hora para cursar la visita domiciliaria por parte del trabajador/a social, siendo la misma de carácter sorpresivo (o espontáneo en palabras de algunos de los informantes de Valparaíso y Bogotá).

En otros casos, la visita ya estaba fijada con la familia en el último contacto (entrevista, llamada, e incluso visita). En estos casos el profesional lo que hace es ajustar el resto de visitas para ese mismo día próximas entre sí, para aprovechar los tiempos de desplazamiento.

Aquellos casos en los cuales no se trata de una visita sorpresiva, o no hay cita previa acordada, hay coincidencia en los informantes en señalar, como paso previo, avisar a la familia de la intención de visitar, generalmente por teléfono. En el momento de la llamada ajustan los tiempos del profesional y de las posibilidades de la familia de estar en el domicilio ya que no siempre hay coincidencia.

Algunos informantes señala haber detectado una forma de resistencia por algunas familias, a encontrar el momento de coincidencia con el trabajador/a social para el encuentro domiciliario. En estos casos, se aprecia que los trabajadores/as sociales, o bien llevan a cabo todo un esfuerzo de adaptación y flexibilidad para poder “agendar” finalmente la cita de la visita; o también, se vuelven resistentes a realizar visitas acordadas previamente, especialmente con algunos casos y contextos dadas las dificultades encontradas.

Estos serían los hallazgos relativos a tareas (pasos) identificados a partir de los relatos, en el *antes* de las visitas (o fase previa o de planificación

denominada desde la perspectiva de observador).

Otro hallazgo relevante, es que no se percibe acuerdo u uniformidad entre los informantes de la secuencia de pasos/fases/etapas a desarrollar, sobre un consenso general de un antes, durante y después de las visitas, cada informante ejecuta su procedimiento conforme a sus necesidades, experiencias, condiciones del servicio y características de los casos.

De manera menos recurrentes, aparecen narrativas relativas a situaciones concretas también antes de la visita, se detallan: - Acuerdo que se da en muchos equipo profesionales respecto a la conveniencia de la visita, y a la definición del objetivo; - También se apunta que en ciertos servicios el procedimiento de la visita viene marcado de antemano por la burocracia que implica la gestión de algunas prestaciones, servicios o ingresos en centros; - Se encuentran referencias en las narrativas, relativas al mejor momento para fijar la de la visita, sobretudo en entornos peligrosos (zonas, barrios, cerros), o también, por el interés de que esté presente en la visita algún miembro que trabaja, estudia..., e incluso en algunos casos por llegar a la hora de comer, en horas de colegio de los menores... para constatar aspectos que se entiendan relevantes para la intervención concreta. - En algunas narrativas, también aparece como un paso previo, la preparación de instrumentos de trabajo que fueran necesarios (impresos, escalas de valoración, etc.).

- Durante:

En la fase intermedia o de ejecución de la visita (denominación que empleo como observador), no es fácil identificar pasos concretos y reiterados a partir de las entrevistas. Algunos aportes se orientan más en tratar el momento

concreto de la llega al domicilio, que implica los saludos, explicar el motivo de la visita, las acciones para romper el hielo. Y otros/as informantes, apuntan la forma de abordar el como conocer y observar más el espacio doméstico, o el momento de interactuar con todos los convivientes presentes, etc.

No es posible hacer una precisión mayor a partir de los relatos fragmentados, dado que el tipo de visitas, el número que ocupa cada una en una serie de visitas que se pudieran haber realizado al caso, el contexto, etc. generan un escenario tan diverso y diferente, que resulta dificultoso el análisis de resultados más concretos.

La preparación de la visita. Cuando llegas allí y ya estas en la visita, tu haces una primera visita, y luego vendrá una segunda, el objetivo lo tienes que tener claro, y luego cuando llegas a la casa es un primer momento ...como lo diría, de que te acepten, entonces es un primer momento de saludos, de comenzar, de ...hay como estas, ¿vale...? y tal..., el que te acepten, el poder entrar, comentar: que cuadro mas bonito tienes, fíjate pues me gusta la pintura...1S

En la fundamentación, cuando se trató este punto dentro de la metodología de la visita, esta fase intermedia también aparece de forma más indeterminada en su explicación, identificándola como fase de ejecución o desarrollo de la visita. Por ejemplo, si la visita tiene un componente más evaluativo de las condiciones de vida de la familia y/o de algún miembro particular, la visita se orientará a conocer más las dependencias de la casa. Si en otro caso, el objetivo es más de tratamiento terapéutico, la dimensión espacial toma un segundo plano y/o se emplea como recurso, y la interacción con los miembros en un espacio concreto de la casa se hace más patente.

Constatada la dificultad para elucidar a partir de las narrativas, cuales son los pasos que de común desarrollan en este momento de la visita, pasamos a señalar la fase final.

- Después:

Respecto de la fase final, se concretan dos momentos a partir de los aportes de los informantes, uno se da aun dentro de la casa y que conlleva la terminación de la visita y la despedida, y otro, el momento post-visita.

Las aportaciones identificadas, se orientan a señalar en el cierre de la visita, la concreción de las próximas acciones a realizar, en algunos casos recordar lo hablado u acuerdos tomados; y finalmente la despedida. Estos aspectos se identifican también como pasos de esa secuencia metodológica.

Tras salir del domicilio, se identifican relatos que hacen referencia al registro de datos, que no ha sido posible o conveniente anotar durante la fase de ejecución. Respecto a los registros de evidencias, son diversas las aportaciones, algunos informantes lo expresan en términos genéricos sin concretar donde (expediente, instrumento específico, etc.), y en otros casos si se hacer referencia instrumento de registros específico, e incluso institucional, sin entrar en más matices. Lo que si apuntan, es que los datos obtenidos en la visita sirven para los diagnósticos, constataciones, dictámenes... decisiones sobre el caso.

Finalmente, a partir de los resultados aportados, se apuntan las siguiente consideraciones en relación a la metodología que emplean los informantes a la hora de realizar visitas. Las distintas opciones presentadas, son explicaciones tentativas con argumentos y contraargumentos, sobre del uso o no de una metodología para visitar a partir de los resultados aportados:

1ª opción: Los informantes no emplean una secuenciación en fases, pasos, momentos o tareas que se repita de forma generalizada a la hora de hacer cada visita.

Resulta difícil esta consideración atendiendo al volumen de visitas que realizan, que implicaría improvisar para cada visita una metodología diferente, o actuar sin metodología ninguna.

2ª opción: Que los informantes, si emplean una secuencia metodológica, pero ésta puede ser muy extensa para enumerarla en una entrevista de investigación, que aborda además más cuestiones que esta. Los datos relativos a tareas (pasos) apuntan, a que si existencia de dicha secuencia, aunque fragmentada, no protocolizada, y con bajo rigor metodológico.

3ª opción. Que los informantes no son plenamente “conscientes” de los pasos o fase dados para hacer visitas, por tenerlos completamente interiorizados, ejecutándolos de forma automática dada la experiencia. Y que responder a esta pregunta, supondría un ejercicio de deconstrucción de la práctica no completamente factible en tan corto periodo de tiempo de entrevista.

Respecto a esta consideración, apuntar que los automatismos pueden limitar o dificultar la reflexión, el cuestionamiento y problematización de esta práctica. Por ejemplo, se aprecia que la visita domiciliaria sorpresiva es preparada de antemano, no son improvisadas u ocasionales (empleando con los casos la estrategia: *pasaba por aquí*), como en ocasiones se les transmite a las familias. Este tipo de acción, u otras, puede ser objeto de problematización.

4ª opción: Al no segmentar claramente cada momento de la intervención, y al explicarlo de manera desagregada y no completa, el análisis fenomenológico se torna más difícil. Entorno a ello, no obstante también es importante la perspectiva de conjunto y no solo la desagregada y concreta. Esta dificultad de identificar claramente una metodología en la implementación de las visitas, también podría ser objeto de problematización.

5ª opción: Se puede pensar también, que realmente esta inquietud de identificar una metodología en lo que a secuenciación de pasos se refiere, responda a una preocupación más desde el plano de investigación-observador, que desde el profesional (por ejemplo, el que los profesionales no le de nombre al conjunto de tareas -pasos- que realizan antes, durante o después de las visitas).

Ahora bien, desde el plano de observador-investigador del fenómeno de la visita como tal, y en correspondencia con la fundamentación, se entiende que hay una diferencia importante, entre acciones intuitivas o improvisadas que podría hacer cualquiera, e intervenciones técnica y metodológicamente fundamentadas que corresponden a los profesionales.

En síntesis:

Sobre la base de los datos aportados y las consideraciones señaladas, se aprecia en este punto de la investigación, que:

Los informantes de los tres escenarios estudiados emplean una metodología difusa a los efectos de la comprensión y sistematización a vista del observador.

Que con los datos aportados, se podría asimilar los procedimientos empleados a una metodología básica, práctica, muy operativa, amplia y flexible, centrada más en la logística, muy versátil para todos los casos, y adaptable a imprevistos y contratiempos tanto de los casos, del servicio, como del propio/a trabajador/a social y con la cual los/as profesionales se sientan cómodos/as.

Se trataría, de una metodología particularizada o personalizada, no complementada racionalizada, expresada y documentada, surgida a partir de la experiencia. Se considera que no documentar los procedimientos básicos, hace difícil pensarlos, cuestionarlos y

perfeccionarlos. Las variaciones sustanciales o sutiles en el *como* hacer las visitas, se van quedando en la memoria y la experiencia de cada trabajador/a social, no trascendiendo (“*cada maestrillo tiene su librillo*” como dice el refrán).

Se trataría también, de una metodología básica muy interiorizada y automatizada, repetida innumerables veces, donde el centro de interés es la problemática del caso y no tanto el procedimiento de la visita al mismo. Solo cuando los profesionales cambian de trabajo (servicio, población, problemática...) aprecian la variaciones-adaptaciones que tienen que introducir en su metodología habitual de hacer visitas (ej. al pasar de trabajar en un juzgado a un colegio).

Esta metodología básica, resulta muy próxima o similar al método básico o ciclo tecnológico del trabajo social, dándose una correspondencia muy aproximada entre ambos en la planificación o preparación, ejecución y evaluación.

3. 5. CATEGORÍA 5ª. EMOCIONES SENTIDAS POR LOS/AS TRABAJADORES/AS SOCIALES AL VISITAR. ESCENAS TEMIDAS.

La no-emoción no existe, no es posible dejar de emocionar, “no hay no sentimiento” (Castilla del Pino, 2000, p.111). Las emociones fluyen sin que la persona pueda hacer nada por evitarlo, no somos indiferentes a lo que ocurre a nuestro alrededor. Sobre la base de esa no-indiferencia emocional, cuando estamos expuestos/as a situaciones intensas, las vivencias (incluyo emociones y sentimientos) que se generan son polarizadas, situándose éstas en los extremos; y cuando no son intensas, impactantes o duras, se sitúan en términos intermedios, menos apreciables (Castilla del Pino, 2000; Goleman, 2007).

Definir que es la emoción resulta difícil, Russell (1984), señala que “todo el mundo sabe que es una emoción hasta que intenta definirla”. (p.464), Reeve (2003) apunta “que las emociones son fenómenos subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración que nos ayudan a adaptarnos a las oportunidades y desafíos que enfrentamos durante situaciones importantes de la vida”. (p.443). Las emociones provocan reacciones de tipo cognitivo, fisiológico, conductual. Sobre la base de esto último, se puede decir, que no somos dueños de nuestras emociones, pero si de nuestras reacciones, estaríamos hablando en este punto, de la gestión de la emociones siguiendo a Goleman (2007) y a Ávila (2014).

A partir de estos aportes de los informantes entrevistados, y sobre la base de que “no hay sentimientos inmotivados” (Castilla del Pino, 2000, p.136), ya que al visitar no se puede dejar de emocionar, se detalla ahora los resultados generales sobre las emociones sentidas por los informantes visitando.

De forma abrumadora, cuando se consulta sobre las emociones, los/as trabajadores/as sociales evocan emociones negativa. De forma menos evidente, aparecen emociones positivas, especialmente cuando el/la entrevistado/a en el transcurso de la entrevista, se apercibe de la carga negativa de su respuesta a la pregunta (ej. no todo es malo, también he tenido experiencias positivas...).

La pregunta está formulada de forma genérica, no incidiendo en ningún tipo de valoración de las emociones, se solicitaba solo la diferenciación entre las emociones sentidas antes, durante y después de la visita. Sin embargo las respuesta se inclinan hacia la evocación de vivencias negativas. No hay ningún testimonio que se inicie con referencia a emociones positivas.

La evocación de sus emociones visitando, fluye especialmente a partir de narrar casos, situaciones y experiencias, siendo los ejemplos los que activa la fluidez del recuerdo emocional. Aunque se formula una pregunta concreta, las narrativas relativas a su vivencias, aparecen diseminadas a lo largo de toda la entrevista. Las respuestas a otras preguntas, llevan incorporadas referencias emocionales, aunque no fuera el objeto de la pregunta.

De forma muy apreciable, la muestra de Bogotá, es la que más verbaliza las emociones sentidas. La muestra de Valparaíso es más contenida a la hora de la evocación emocional, y en la de Sevilla, se observan más limitados los aportes. Como ya se comentó al inicio, la no emoción es imposible (Castilla del Pino, 2000), con lo cual todos los participantes de la muestra han emocionado visitando. De otra parte, está la tendencia a identificar y expresar más las emociones intensas que las sentidas de manera más laxa, y esto haya podido influir en la muestra.

Aunque se consultaba sobre las emociones sentidas: antes, durante y después de la visita, el flujo de las respuestas no siguió la pauta de estos momentos, sino

básicamente respuestas generales, y cuando identifican alguno de los tres momentos indicados, están referidos fundamentalmente al *antes* de entrar en el domicilio, y al *durante* la visita en menor grado.

Las emociones narradas se presentan en grupos, asociadas unas a otras, indiferenciadas y/o sinónimas. Esto coincide con los estudios al respecto Castillas del Pino (2000) y Gurméndez (1994), que señalan que las emociones no se manifiestan de forma aisladas, resultado difícil diferenciarlas.

En los tres casos estudiados, la situación referida por los informantes como la emocionalmente más intensa, es la relativa a visitas en domicilios en caso donde hay menores en situación de riesgo (o sospecha del mismo).

Otro hallazgo relevante, es que a partir de la expresión emocional de los informantes, se ha podido hacer un perfil de las escenas temidas más frecuentes al visitar, que se señalan al final de este punto.

A continuación, se detallan más resultados de esta categoría a partir de las siguientes subcategorías, que están referidas a:

1. Tipos de emociones.
2. Escenas temidas en la práctica de la visita domiciliaria.

3. 5. 1. Tipos de emociones.

Las emociones que evocan los informantes, se corresponde fundamentalmente, con la visita de casos con alguna dificultad añadida, fruto de tensiones previas, desconocimiento del caso, casos de riesgo, reducción de beneficios, visitas de control. Pasando más inadvertidas, las referidas a los casos de menor intensidad, dificultad o complejidad. Los grupos de emociones a los que hacen referencia los informantes son:

- Incertidumbre, ansiedad, angustia: Especialmente en el antes de hacer la visita, e incluso detallan en los momentos previos entrar a las visitas, refiriendo como el no saber con que se van a encontrar, como lo que despierta ese estado de zozobra previo (siempre referidos a casos de alta intensidad especialmente).
- Miedo: El miedo es una de las evocaciones más recurrentes, tomando éste distinto cariz según la situación a la que haga referencia, así se describen: Miedo al visitar a personas violentas; miedo a ir a barrios/cerros peligrosos con alto nivel de delincuencia e inseguridad; miedo al contagio de enfermedades o infecciones por insectos (pulgas, hogos, piojos...) o mordedura de perros; miedo a casas donde hay armas (alguna informante manifiesta pánico a ser amenazada con un arma); miedo a verse en medio de una riña o un tiroteo (*balacera*); miedo a visitar a personas irrespetuosas.

...muchísima ansiedad porque uno no sabe con que se va a encontrar, miedo, miedo a no saber con que se va a encontrar uno en la casa con la familia, y miedo porque uno no sabe cómo va a reaccionar la familia cuando uno le dé una noticia: bueno su niña va ser declarada en abandono, entonces que saquen un arma y te disparen o que te peguen, cualquier cosa así. 2B

...por ejemplo, hoy me tocará hacer una visita en Ciudad Bolívar, miedo, como la seguridad personal y como el tipo de territorio donde uno se mueva a hacer las visitas. Pienso que también es como el miedo a la seguridad personal, a la respuesta ahí sí durante la visita, pongo un ejemplo de ciudad Bolívar, pero no necesariamente, hay sitios que de pronto son considerados de alto riesgo, entonces hasta qué pronto como que le afecte a uno la seguridad personal... 4B

...hay gente que es superagresiva, porque siempre torna como a, bueno ella me hizo, ahora, hubo una época en que si estuvimos prácticamente amenazados por una medida de protección a causa de una visita, entonces era miedo como a..., me toca salir sola, todo eso genera ciertos temores. 16B

- Tristeza: Es una expresión emocional frecuente, sobre todo referida al entrar en contacto directo con situaciones de grandes carencias y necesidades. Esta emoción también aparece asociada a otras como: *pena, rabia e impotencia*, ante

tener que intervenir en situaciones de pobreza (pobreza extrema en algunos escenarios), injusticia social, e incapacidad para cambiar las cosas. A la tristeza, algunos informantes señalan, que le acompaña el *llanto* en alguna ocasión, y en otras, el *llanto contenido* por no querer llorar delante de la familia. Perciben que emocionalmente es un desafío: presenciar tanta pobreza y miseria en las casas; al ver condiciones de vida terribles; ante la injusticia social; por falta de cuidados de unos miembros de la familia hacia otros; niños mal atendidos y especialmente niños en *situación de calle*.

...muchas veces tristeza, con el corazón apachurrado. 3B

...tristeza porque hay ambientes de mucha exclusión, ambientes en los que uno puede intervenir hasta un punto y no puede ir más allá, si, si, a veces como de preocupación e impotencia de, si, porque uno hace un trabajo ahí; pero a veces nosotros en esto lo evidenciamos muchísimo, nosotros trabajamos como te dije con población en situación de calle. 17B

...con tristeza de ver como mencionaba, como una familia y como unos seres humanos como yo, puedan vivir en condiciones tales y a pesar de eso es a veces ser felices o decir: ahora entiendo por qué esta familia se comporta así o por qué este niño se comporta así, definitivamente no tiene más que dar. 18B

...tristeza, de cómo es posible que esta persona, por ejemplo, se gaste una cantidad de plata en comprar materiales, y no tenga comida para los niños; 27V
...pena, mucha pena, a veces por verla en la pobreza, que existe en nuestro país y no tener posibilidad de darle más, de entregar más, de poder sacar a esa persona de donde está... 27V

- Amenazas: La inseguridad que produce el sentirse amenazadas/os, bien durante la visita, especialmente cuando hay intervención con menores en riesgo, o cuando la familia pierde o le deniegan alguna prestación que disponían o creían tener derecho. Junto con la amenaza, también aparecen otras emociones expresadas en el mismo sentido como, *inseguridad* o *susto*.

...pánico porque un pelado me había amenazado con un revólver, un niño de la calle, salió muy malo, ofendido...9B

...he estado en Torreblanca en una zona de transformación social muy complicada, y allí nos han sacado pistolas, cuchillos, nos han amenazado, nos han pinchado las ruedas, nos han hecho de todo... y yo cuando he notificado situaciones ha sido para proteger a los menores... 4S

- Malestar/Desagrado: El malestar es asociado a diversas emociones, especialmente a partir de estar sometidos/as a estímulos sensorio-perceptivos intensos en los domicilios. Junto a ello también se aprecia un factor de acostumbramiento a estas situaciones. Las expresiones de desagrado más frecuente son de: *malestar, asco, repulsa*, e incluso ocasionalmente reacciones fisiológicas de náuseas en situaciones consideradas extremas.

Las narrativas donde aparece esta vivencia de forma más o menos intensa son: relativa a condiciones de la vivienda en general por suciedad y carencia de salubridad; por las condiciones de alguno de sus miembros (enfermos, niños, discapacitados). Son frecuentes algunas de estas emociones cuando le ofrecen al profesional: comida o bebida en condiciones poco salubres a su entender. También se refieren especialmente a malos olores por basuras, o por presencia de animales faltos de higiene. Un dato relevante, se aprecia que en algunos informantes, pese al factor de acostumbramiento a situaciones desagradables, éstas actúan en dos sentidos: Activadoras de la intervención para mejorar las condiciones; o de detonantes de resistencias a visitar estos casos. Algunas narrativas señalan algunas estrategias seguidas ante visitas con malos olores, ofrecimientos a beber o comer, suciedad, animales de compañía insuficientemente cuidados.

...el caso en los que vivían los animales en la casa, el olor tan horroroso... 10S

...asco po, o sea, ir a meterte a ver un baño en periodo de invierno cuando están las emergencias de inundaciones, donde tu te vas a meter a los pozos sépticos, y

la mierda sale del hoyo; tu ahí en esos momentos cuando tu entrai en el dilema ético y decí ¿quién cresta me mando a estudiar esta wea?. 13V (expresiones populares chilenas: *po*, *cresta*, *wea*, terminar algunas palabras en *i*)

...si una familia te da un vaso de jugo, y tu eres asquenta, y te da asco el vaso porque a lo mejor lo ves medio sucio, tú no puedes decir –no, sabe que no, no quiero me da asco su vaso-; uno tiene que pucha no sé po tiene que tomarse el jugo, o tiene que aceptarlo porque es una forma que la familia está mostrando como la bienvenida, el cariño, y uno tiene que aprender a adaptarse en cada situación tiene que aprender a adaptarse. 8V

- Insatisfacción, impotencia, agotamiento: Especialmente referida a cuando las circunstancias superan las posibilidades del informante en su ejercicio profesional particular. Los esfuerzos infructuosos generan *malestar*, *agotamiento e impotencia*.

- Dolor: Los/as informantes refieren especialmente dolor ante situaciones de vulneración de derechos de los/as niños/as, que han sido abusados, maltratados o abandonados. A la vez, producen la reacción de activación en el profesional para identificar, denunciar, actuar ante estos hechos.

También refieren dolor, en forma de malestar e insatisfacción por no haber provocado los efectos positivos deseados (fracaso en la intervención). O el dolor autoreferencial, a partir de isomorfismos o proyecciones con los casos (ej. ser madre, mujer, etc.).

Saber poner aparte ese dolor (tomar distancia), para poder trabajar, es otra de las manifestaciones entorno a esta emoción tan compleja. Y también saber resituar el dolor como una forma de protegerse y de autocuidado. No se aprecia en ninguna narrativa, referencia directa a la supervisión profesional, u otras formas concretas de autocuidado, a lo sumo, la necesidad de compartir con otros compañeros/as o con el equipo esas vivencias tan intensas vividas.

A veces, también salía muy insatisfecha, y yo no la hice como tocaba, me sentía

como que hubiese fracasado en la entrevista, eso es muy doloroso y más con ese tipo de personas. A veces sientes rabia al salir de cómo la injusticia uno como que decía yo qué puedo hacer, hubo una época en me sentía así como equilibrándose y equilibrando las cosas sabiendo hasta ¿dónde puedo hacer yo? y ¿qué no puedo hacer?. 3B.

...de dolor cuando uno encuentra niños, pienso que es más por lo que tengo, por mi condición de mama, frente a lo que uno espera y sueña con sus hijos, no, entonces también como que mucho dolor en eso, pero pues igual sabiendo que uno puede hacer mucho, tampoco me puedo volver solo corazón, si no bueno, es reconocer una situación, pero a mi si me movilizan muchas cosas. 17V

...pero pienso que uno tiene que establecer límites, uno tiene que establecer distancias entre ese sentir el dolor de la otra persona y querer hacer algo más allá de lo que mi institución y el servicio en el que estoy puede ofrecerle a la familia. 18B

Cuando algo me conduele, las pongo al lado, que no interfiera..., sobre todo los menores. ¿Qué puedo hacer yo para generar un cambio?... 22V

- Desconfianza: Este tipo de emoción está asociada en los relatos de los informantes, a los intentos de engaños de algunos usuarios hacia el trabajador/a social, al esconder o encubrir de situaciones, datos e informaciones.

De otra parte, se aportan a continuación, las emociones positivas a las que los informantes hacen referencia. Están fundamentalmente relacionadas con la sensación del trabajo bien hecho, con la recepción que le dan la familia al ser visitas, con las expresiones de gratitud recibidas, con la valoración positiva de su propia vida particular a partir del contacto con las necesidades de los casos con los que trabajan.

- La valoración positiva que muestra muchos los/as usuarios/familias por la intervención que han llevado a cabo los informantes, provoca en los entrevistados emociones de *agrado, gratitud, reconocimiento, valía, agradecimiento, valoración...* Los/as informantes, valoran este tipo de vivencias como muy gratificantes y estimulantes del trabajo realizado en el domicilio.

- La *satisfacción* es otra emoción asociada a lo anterior, el trabajo bien hecho, el deber cumplido, es una vivencia también muy estimulante. La oportunidad de *crecimiento personal y profesional*, es otra de las valoraciones positivas al visitar.
- Finalmente, el sentirse afortunadas y agradecidas por las condiciones de vida propia (vida particular de los informantes: la familia, el trabajo, hijos, afectos...). Son emociones que se activan, a partir del contacto directo con situaciones de alta precariedad de los casos con los que se trabaja. A la vez estas expresiones favorables, no aparecen espontáneamente, sino asociadas a las de impotencia e injusticia por las condiciones de vida de los otros (casos).

3. 5. 2. Escenas temidas en la práctica de la visita domiciliaria.

Entorno a las emociones antes expresadas, se han podido identificar las escenas temidas más frecuentes entre los informantes durante la visita domiciliaria. Las escenas temidas (Pavlovsky, Luis Frydlewsky y Hernán Kesselman, 1979) serían aquel tipo de situaciones que el profesional percibe como amenazantes, inquietantes, desbordantes, incómodas, descontroladas, intensas... durante su intervención en general, y en este caso, en la visita domiciliaria. Se detallan las más recurrentes entre los informantes:

- Conductas agresivas y violentas físicas y/o verbales (amenazas, burlas, ridiculización...) hacia su persona.
- Conductas agresivas y violentas entre los miembros de la familia en forma agresión física, gritos, insultos, etc. Estar en medio de una discusión familiar.
- Visitar a personas con falta de control que se puedan activar contra el profesional.

- Que el/la usuario/familia identifiquen que el/la trabajador/a social está inseguro, temeroso, con miedo.
- Que los miembros de la familia lloren durante la visita.
- Dificultad para marcar distancia profesional y emocional.
- Miedo a las reacciones de enfado de los/as visitados (por denegación de una prestación, por sentirse perjudicados, por retirada de menores...)
- Abordar temas dolorosos como muerte, maltrato, soledad para el usuario/familia durante la visita.
- Visita sola/o a barrios peligrosos.
- Presencia de animales incontrolados. Miedo a los perros, gatos, caballos.
- Falta importante de condiciones higiénicas.
- Comunicar malas noticias.
- Tener que denunciar un caso.
- Tener frente a frente a un maltratador.
- Recibir insinuaciones sexuales por alguna de las personas visitadas .
- Bloqueo o impotencia por no saber que decir o hacer en un momento dado.
- Malos olores, olores fuertes (basuras, medicinas, humedad, infección heridas...)
- Quedar atrapada/o en un domicilio, no tener vía de escape (que cierren la puerta, no saber encontrar la salida...).
- Que la familia se muestre contraria y enfadada ante una reducción de la prestación o servicio y reacciones amenazando, siguiendo, no dejando salir o no dejando entrar.

3. 6. CATEGORÍAS 6ª y 7ª: VISITA DOMICILIARIA SORPRESIVA; DILEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA.

Bajo este mismo epígrafe se incluyen dos categorías de análisis. En el diseño metodológico, ambas formaban parte de la cuestión ética de las visitas domiciliarias, por ello los resultados se muestran en este mismo punto, aunque diferenciadas en su presentación. En el planteamiento de la investigación, la visita domiciliaria sorpresiva fue considerada un aspecto relevante a problematizar, para ello se le pregunta a los/as informantes sobre su posición al respecto.

La siguiente categoría sobre la que se presentan resultados, es relativa los dilemas éticos. El domicilio es un entorno protegido, y especialmente sensible al contacto con elementos externos. Los/as trabajadores/as sociales trabajan de común en este espacio, donde, si no se mantienen las alertas necesarias, se corre el riesgo de transgredir la ética profesional. Por ello, a los profesionales entrevistados se les plantea si han vivido algún dilema ético en relación a visitar los domicilios de los casos con los que intervienen.

3. 6. 1. CATEGORÍA 6º: VISITA DOMICILIARIA SORPRESIVA

En este punto, se cuestiono a los/as informantes sobre si se avisaba a los usuarios/familias antes de realizar una visita, si la concertaban previamente. Tanto si la respuesta era afirmativa (si aviso previo) como negativa (no aviso previo), se les consultaba sobre los motivos de una u otra opción. El no avisar de la visita se corresponde con lo que en la fundamentación he denominado *visita domiciliaria sorpresiva*.

En el diseño de la investigación, esta pregunta estaba incluida dentro de la variable a estudiar sobre la ética en relación a la práctica de la visita domiciliaria. Con toda intención, este aspecto no se le advertía a los entrevistados para no predisponer o situar esta pregunta en clave ética, sino para apreciar las motivaciones de los informantes para incluirlo o no dentro de los cuestionamientos ético, y de no ser así, si sus repuestas tomaban otras perspectivas diferentes.

En el guión de la entrevista, la pregunta siguiente si abordaba directamente la dimensión ética, al preguntarles sobre si habían tenido dilemas éticos concretos en relación a la visita domiciliaria. Intencionalmente se planteaba esta pregunta en este momento, y tras la anterior sobre si o no avisar las visitas, para ver si al formular el tema de los dilemas éticos, los informantes en sus respuestas hacían una conexión con lo anterior (visitar sin avisar), o informaban de otros dilemas en general surgidos a raíz de las visitas domiciliarias, sin detenerse a cuestionar éticamente la acción de avisar o no avisar.

Señalar que los informantes de las tres zonas estudiadas, de manera mayoritaria no sitúan sus respuestas sobre el avisar o no avisar de la visita en clave ética mencionando expresamente la palabra ética, cuestión ética, dilema ético o similar. Los informantes, posicionados/as de manera más favorables a avisar (o avisar según las circunstancias), hicieron referencia directamente o aproximativamente a la idea de respeto, derecho a la intimidad o a la no intromisión.

Señalar también, que este aspecto concreto de avisar o no avisar, no solo surge ante esta pregunta concreta, sino que en otros momentos de las entrevistas aflora espontáneamente en los/as entrevistados/as. A partir de los testimonios, los resultados generales de esta categoría, se desarrollan a partir de las siguientes subcategorías:

1. No avisar de la visita del trabajador/a social.

2. Si avisar de la visita del trabajador/a social.

3. 6. 1. 1. No anticipar la visita del trabajador/a social.

Se podría señalar que de manera abrumadoramente mayoritaria, salvo contadas excepciones, y en todos los tres escenarios estudiados por igual, los informantes son favorables a visitar sin avisar cuando lo estiman conveniente según los casos, el momento del proceso de intervención con los casos o el contexto de intervención donde trabajan.

Otro hallazgo es la falta de homogeneidad respecto al empleo de la visita domiciliaria sorpresiva. Algunos/as las utilizan por sistema, y otros/as las emplean según los criterios antes señalados; y en otros casos nunca. El empleo de las mismas es más o menos profuso, según cada profesional particular. Cada profesional tiene su propio criterio a la hora de aplicarla.

A partir de los relatos, los contextos asistenciales, de control, de control asistencial y evaluativos, son en los que con más frecuencia se emplean este tipo de visitas.

levantaba la camita y veía que aquí no hay sabanas, - ¿No hay sabanas acá?. Lo tiene todo arreglado para decir que usted vive aquí, pero usted no vive aquí...que raro que las camas no tengan sabanas, están hechas pero no hay sabanas -. Entonces me fijo en todo, soy como súper curiosa en ese sentido, lo observo todo. Me fijo en el número de camas, cuántos son el número de integrantes por si hay pocas camas, porque a lo mejor hay problemas de promiscuidad, entonces cuidado sobre todo cuando hay niños, porque eso es muy delicado. (Silencio) No sé... de repente si hay unos tremendos equipos, o radios o televisores y me están pidiendo una ayuda económica..., entonces ¿Cómo concilio yo...?. 23V

Como se apuntaba antes, en quienes se muestran favorables a no avisar de la visita, no se aprecian evidencias que expresen abiertamente y directamente sentirse interpelados por una cuestión ética, en forma de dilema ético, percepción de transgresión, falta de respeto o similar. Los relatos evidencian la justificación del no

aviso por un interés mayor (protección de miembros vulnerables, descubrir o comprobar informaciones, evitar fraudes, etc.). Algunos de ellos emplean avisos ambiguos o inespecíficos. Se aprecia en quienes no avisan previamente, que esta acción reviste más un carácter más estratégico o logístico con los casos, que ético.

Solo quienes se muestran favorables a si avisar en todos los casos, si plantean la cuestión en clave de respeto o no intrusión en la intimidad ajena.

Los/as informantes que emplean este tipo de visita, tiene una alta valoración de la misma por considerarla como útil, e incluso la más útil de todas las visitas: "...las mejores visitas son las sorpresa" 21B.

La justifican desde la perspectiva de la necesidad de conocer el entorno doméstico intacto, natural y no alterado, y la entiende como altamente útil y necesaria para evaluaciones, diagnósticos, intervenciones, seguimientos... más ajustados y acertados. Los informantes que se declaran a favor de la visita domiciliaria sorpresiva, la perciben como una herramienta muy importante con la que tener una idea más clara de la situaciones que tienen los/as usuarios/familias. Es una práctica tradicional, necesaria y eficiente según se desprende de sus testimonios.

"Hombre, es que si yo avisaba ya estaba todo preparado, a ver si me entiendes...". 15S

"...es como que(con esta visita) le sacas al tiro la foto a la persona..." 13V. (*al tiro* es un modismo que significa en el mismo momento, al instante)

"Hombre, el no avisar es que te vas a encontrar la realidad tal y como es". 3S

Señalar un aspecto muy importante, el que los/as entrevistados/as se muestren favorables a no avisar en cierto tipo de visitas, no significa que empleen siempre y en todos los casos esta estrategia de intervención en el domicilio, sino cuando lo consideran adecuado. Es decir, que un/a informante favorable a no avisar, no práctica necesariamente este tipo de visitas en todo los casos.

Pero generalmente nosotros trabajamos con la visita sin aviso desde la perspectiva del diagnóstico, para ver si ese caso es real. Por lo tanto, yo tengo que ir de forma sorpresiva para ver efectivamente si vive ahí o no vive ahí porque bueno hay gente que te dice no, es mi hogar y después no es así. Si es una visita de tratamiento, si aviso, no es por sorpresa... 25V

Quienes se muestra contrarios a avisar, tienen una percepción negativa o poco efectiva de las visita avisadas, entendiendo que indicar el momento exacto de la visita supone darle tiempo al usuario/familia para ejecutar cambios en su entorno doméstico acomodándolo a la supuesta expectativa del profesional.

...claro y perdíamos porque habíamos avisado, entonces ellos hacen todo un mundo... construyen ahí su mímica chévere y uno queda perdido. 16B

no se obtienen los resultados que uno quiere obtener en la visita, no se obtienen porque ya la persona no va a tener un comportamiento y no va a haber una realidad, la persona se va a preparar, si me entiende, la persona ya va a estar prevenida para lo que usted le va a preguntar. 20B

Entre las razones para no anticipar las visitas, los/as informantes destacan las siguientes:

- *Evitar la modificación del entorno doméstico:*

Como ya hemos señalado, para los/as informantes la razón principal para visitar sin previo aviso es para evitar el que los usuarios/familias modifiquen el entorno doméstico o alteren formas de convivencia para distorsionar la mirada (observación) del/la trabajador/a social. Esta intencionalidad se muestra idéntica en los tres ámbitos estudiados, no apreciándose ningún matiz diferencial, sino más bien una práctica transnacional redundante. Las sutiles diferencias que se pudieran apreciar, radican más en el tipo de servicio, contexto o problemática desde donde se expresen los profesionales, que desde las diferencias geográficas.

...considero que es algo bien apropiado, porque de pronto las personas cuando esperan una visita hasta qué punto [...] modifican las condiciones físicas para que no se observen nada, como nada, que esté como si nada estuviera pasando, sino que todo estuviera bien, entonces una visita imprevista sirve mucho porque nos muestra

realmente en qué condiciones están las personas sin querer demostrar otra cosa. 4B

...pero creo que si debe hacerse sin ninguna información previa para denotar (observar) cualquier cantidad de eventos que se estén dando en la familia, porque como ya lo dije anteriormente los sujetos tratan de ocultar muchas realidades que a veces están presentes en la familia pero que no, ni ellos están siendo tan conscientes ni uno a veces alcanza a develarlas. 6B

Según los testimonios, los pre-diagnóstico son más ajustado a la situación real de la familia, es decir, en situación natural no modificada intencionalmente pensando en aquellos aspectos que el trabajador/a social va a evaluar positivamente o negativamente.

...a mi me llama mucho la atención cuando en la casa hay una peste muy grande a lejía... 4S.

Los informantes, no solo tratan de apreciar la cotidianidad no alterada, sino que les genera desconfianza cuando encuentra demasiado acomodo del entorno doméstico (orden, limpieza...) ante una visita previamente avisada, especialmente cuando los aspectos observados no se corresponde con la hipótesis inicial sobre el caso. La reiteración de este tipo de situaciones en el trabajo con los casos, generan desconfianza en el profesional, llevando a los informantes a realizar visitas sin previo aviso. Pareciera que se genera un juego de desconfianzas mutuas usuario/familia y trabajador/a social.

Cuando no son anticipadas, entonces tiene que ver con que estamos buscando establecer ya cosas muy puntuales, y no se anticipan porque lo que se quiere es llegar en un momento en el que se encuentran la dinámica muy común y corriente, y no algo muy preparado y un orden que no existe se de, o ciertas condiciones habitacionales que no están todos los días dentro de la cotidianidad ese día se den porque hay una persona extraña. 5B

Hay casos, que el momento de conocerlos en el despacho, despiertan en los profesionales interés por visitarlos al detectar indicios que precisan (a vista del profesional) una confirmación en el domicilio sin avisar previamente: “Este caso es para visita.” 9S

La hipótesis de situaciones encubiertas, especialmente con lo que tiene que ver con malos tratos, abusos, falta de cuidados, abandonos... son las que más activan a los/las trabajadores/as sociales a realizar visita sorpresivas (aunque no solo estas situaciones son las únicas que motivan este tipo de visita).

Ciertas connotaciones, cierto..., y claro en un contexto como ese, donde uno quiere conocer si hay un niño vulnerado sus derechos y... yo puedo llamar a la señora y establecer una comunicación, pero va a ver una preparación, yo se que va a ver una preparación muchas veces de esa familia a mi encuentro, al encuentro que vamos a tener. Entonces realizo la visita sorpresa”. 24V

en el caso del maltrato, violencia intrafamiliar, maltrato infantil pues que necesariamente tienes que llegar intempestivamente para que no halla digamos construcciones ahí ficticias sobre algo que no es y de pronto para ansiarlas ahí puedan maquillarse y hacer pensar que es distinto a lo que puede estar pasando pues normalmente 8B

...la mayoría de visitas yo no las aviso, pues en los contextos donde me he movido de protección de infancia me gusta mas llegarle a la gente desprevenida. 16B.

...primero, si se trata de verificar únicamente condiciones habitacionales entonces la gente llega y arregla y limpia y perfuma y se ve todo bonito y todo eso, entonces ahí como que se está sesgando la información de ese aspecto, cuando la gente ya sabe, ya está preparada a que uno va entonces habla con los vecinos: es que van a venir de bienestar y no sé que y me van a devolver a mi niño, entonces para que hablen bien de mi, entonces no funciona, o le dicen a uno: bueno venga tal día, porque saben que ese día no va a estar el vecino chismoso que nos va a informar todo lo que estamos interesados en conocer, entonces no es buena idea avisar: no lo hago. 2B

Esto se corresponde con lo expresando en la fundamentación en lo que hace referencia al encargo social a los/as trabajadores/as sociales, de protección de los mas vulnerables. Sobre la base de este *mandato*, toma sentido para algunos profesionales concretos, que *el fin justifica los medios*.

...no voy a generar un problema personal, porque tenía la idea de que mi objetivo era loable, era por el bien, o sea, yo hacía esa visita por un bien individual de la persona o un bien familiar. Entonces si alguna vez he estado casi rozando lo no ético, no me ha resultado un problema personal. [...]el fin justifica los medios. 9S

- *Sentir que el usuario/familia pretende engañarle:*

Un aspecto muy relevante en las motivaciones relativas al no anticipar las visitas, tienen que ver con la dimensión emocional del propio trabajador/a social, es decir, la sensación de que la familia pretenda ocultar, engañar al profesional, o distorsionar su realidad, es algo que los trabajadores/as sociales perciben como con malestar, disgusto u ofensa, en lo que respecta a su acción profesional particular y también respecto a los servicios que pretenden ayudarlos.

...yo tengo como súper claro cómo debe proceder un trabajador social además que ya tengo como hartos años de circo en este tema, pero por ejemplo me han tratado de engañar, o sea me han llevado por ejemplo a domicilios que no eran el domicilio donde vivía la persona y tengo buen olfato pa ese tipo de cosas, pero es una cosa que te lo da la experiencia... 14V

Por ejemplo en el programa de prevención y erradicación las personas se crean muchas historias para obtener auxilios, entonces tu también te das cuenta de lo contrario, entonces llegan allá, te arman una historia total de pobrecito yo, me voy a morir, mis hijos esto, aquello, lo otro, vivo terrible, no se que, y cuando tu llegas a la casa y tiene, vive en arriendo, si, vive e un inquilinato, pero tiene televisor, nevera, todo el piso esta embaldosinado, tiene todos los servicios, tiene hasta una persona que le puede cuidar los niños, entonces tu dices, bueno, a qué juegan, esto es falso, entonces tu también te das cuenta que la gente a veces te arma otros contextos que no son... 16B

- *Estrategias pseudoéticas:*

Sin embargo lo anterior, se aprecia que al explicar algunas estrategias empleadas por los informantes para visitar sin avisar, pudiera haber un sentimiento, sensación o preocupación por cumplir con normas éticas profesionales. Para ello algunos informantes declaran avisar aunque de manera muy imprecisa. Algunos informantes expresa su tranquilidad por haber avisado de una futura visita, aunque fuera de una forma muy genérica, vaga o imprecisa; lo que en la fundamentación hemos expresado como *avisar sin avisar*:

“Yo les digo durante la entrevista que en algún momento les haré una visita”. 12S

“En los primero contactos, se informa a la familia de que serán visitadas...” 7B

“...les digo que las voy a visitar, aunque no les digo cuando exactamente...” 8V.

Se observan distintas formas de *no aviso*: 1. Sin ningún tipo de aviso, que supone que el usuario/familia no está advertida de que puede ser visitada; 2. Aviso pero sin fijar día y hora, el usuario/familia están advertidos de que se cursará visita en algún momento por motivos propios de la intervención, sin precisar ese momento. Esta opción puede estar motivada por la intención ir sorpresivamente en algunos casos. 3. Aviso en un marco temporal impreciso, se informa de que en algún momento de una semana concreta o del mes..., se realizará una visita; 4. Aviso de fecha sin hora, que implica una cita concreta en día, pero no pudiendo (o no queriendo) precisar la hora; 5. Visita antes de la fecha avisada, este tipo de visita sigue siendo sorpresiva en la medida que se va de improviso anticipándose a la cita, aunque habiéndola fijado esta antes (acción pseudoética).

Dentro de las anteriores formas, se constata una suerte de *aviso ambiguo*, el cual se percibe como con un triple objetivo a la luz de las narrativas: 1. Calmar el conflicto (o malestar) ético en el profesional, aunque la motivación de visitar sin avisar es *bien intencionada*; 2. Poner en mínimo riesgo la confianza con el usuario/familia, evitando en la medida de lo posible que los usuarios/familias se sientan controlados; 3. Evitar que alteren su cotidianidad para distorsionar la percepción del profesional.

- *Función de Control:*

Los profesionales que se muestra abiertamente contrarios a anticipar la visita, se les observa claramente en el ejercicio de la función de control, el contexto no esté expresamente definido como tal.

Se podría señalar que éste es un posicionamiento desde la *primera cibernética* de *los sistemas observados* según Weiner (en Hoffman, 1992), en el que el profesional opera como observador de una realidad ajena a él desde una posición elevada (up), situando a los casos como el fenómeno observado (down) desde una perspectiva enjuiciadora, punitiva y/o inspectorial.

(Tras varios intentos fallidos de visita acordada) ...ha llegado el caso en algunos momentos de entre comillas hacer presión, de que si no cumplen como el espacio que yo necesito para ayudar al niño, he dicho de que tenemos que ir entonces con bienestar familiar, pues es malo, es malo en cierta manera, pero son como los elementos que uno necesita utilizar para ejercer presión, porque ahí hay prioridades, la prioridad es el muchacho, el niño y si a mí no me dejan entrar en ese mundo, pues yo voy a las buenas o las malas. Cuando no se ve necesario pues no, pero hay casos que si me ha tocado y he ido con alumnos hasta bienestar familiar, donde de pronto le digo: espérame un trisito aquí, y voy donde la trabajadora social, la orientadora que este ahí, la psicóloga, quien sea: necesito que me le pegue un susto a la mamá porque no quiere tales y tales cosas.... y si, ellos en algún momento me colaboran, entonces: si, entonces llamamos a la mama... 11B

Desde la *segunda cibernética* (de los sistemas observantes), el profesional estaría situado en un plano similar al usuario/familia, ambos reconociéndose e influyéndose recíprocamente. Desde esta posición es más factible si avisar de la visita.

se establece el día y la hora para el encuentro de la Visita Domiciliaria y ahí ya voy con mis instrumentos ya listos y no los utilizo tan a la visita de las personas para que no les resulte tan vertical. Necesito un diálogo horizontal de acuerdo a las habilidades también de una persona disociales, el diálogo más fluido acerca de lo que puede estar sucediendo o comentar..., o no sucediendo. Entonces posterior a eso, en el mismo momento de la entrevista(vd) en profundidad, yo focalizo ciertos temas que a mi me interesan. Si es el tema de la vivienda es eso y si es en droga es esto. 24V

- *Preocupación por el orden y la limpieza. Pensamiento lineal vs pensamiento relacional:*

Entre las preocupaciones de los informantes respecto al hipotético cambio o modificación del entorno en el caso de advertir la visita, están prioritariamente: el orden, la limpieza, la higiene del domicilio, y también el comportamiento de alguno de

los miembros. Junto con esta preocupación, también está la presencia o ausencia de ciertos enseres que se podrían considerar suntuosos. Resulta relevante este hallazgo, por cuanto se puede apreciar tras el mismo, una visión de la visita sorpresiva muy centrando en aspectos materiales tangibles u organizativos, y no tanto de tipo relacionales.

Los/as profesionales manifiesta una gran preocupación por evitar que la casa esté alterada de su cotidianidad cuando ellos lleguen, y refieren de manera frecuente preocupación por si está des-ordenada, limpia/sucia, ventilada/pestilente, si hay camas para todos, si hay comida, basuras, animales sucios o mal cuidados, etc. Los relatos focalizados en estos factores como aspectos que los entrevistados señalan como muy relevantes, revelan un carácter punitivo y culpabilizante de parte del profesional hacia la familia, especialmente hacia los adultos residente en los domicilios.

No se aprecian claramente lecturas en clave relacional del fenómeno del desorden o la falta de higiene). Se aprecia que este tipo de información relativa a estos aspecto sirve para confirmar o desconfirmar sospecha o hipótesis en clave lineal. Las narrativas de los informantes, parecen darle un gran protagonismo al orden, limpieza, higiene, desorganización espacial... como evidencias reveladoras de funcionalidades o disfuncionalidades. Este interés por estos aspectos, parece orientar prioritariamente las hipótesis que dan pie a realizar visitas domiciliarias sorpresivas.

Tampoco se aprecia un trabajo más allá de la constatación o no del orden, higiene, etc. Los escasos relatos que si abordan este trabajo, más allá de la constatación (observación), lo hacen en clave de modificación de conducta reeducadora.

“La visita no la aviso, no, porque me gusta ver qué es lo que sucede directamente en el terreno, me gusta ver cómo son realmente, no me gusta que me hagan un cambio, que me ordenen la casa voy yo, sino que como sea, si está cochino está cochino, si son desordenados es su vida ¿cachai?, yo no le puedo cambiar eso a menos que cuando ya empiece a intervenir, porque yo aprovecho eso esas instancias si yo veo que la familia

es desordenada es cochina para ir reforzándoselo e ir educándola pa que cambien eso, porque no siempre voy a ser yo el que las visita puede ser cualquier persona y ellas tienen que tomar un horario, tener como ciertas normas de conducta adecuada y eso se va trabajando en el camino y por lo mismo a mi me gusta hacerlas sin horario, sin aviso sin nada...” 12V

La mera observación por los informantes de los aspectos domésticos señalados, parece situar el análisis en un plano limitado y aparentemente superficial. Esta mirada la pongo en contraste con el relato de una informante que define las visitas domiciliarias “como algo más que contar camas” 11S, esta expresión resume de manera metafórica el trascender de lo lineal, para adentrarse en la lectura relacional del espacio doméstico.

De otra parte, pongo en relación el valor dado por los/as informantes sobre el orden, limpieza, higiene..., con algunas ideas constructivista básicas: Watzlawick (2001d, 1998c) titulaba dos de sus libros con estas ideas *¿Es real la realidad?*, y de otra parte señalaba que *La realidad es inventada*. También en esta misma línea constructivista puede darse la profecía autocumplidora, ya que si al visitar el profesional busca desorden... es muy probable que encuentre desorden..., y ¿cuál es su concepto de desorden, higiene, etc.?, probablemente su construcción autorreferencial de estos fenómenos.

En las narrativas siguientes se pueden apreciar cada una de las variables antes mencionadas, así como el posicionamiento previo y/o prejuicio del profesional, y la lectura lineal de los fenómenos:

Respecto de la limpieza:

Bueno la idea de la visita es observar la realidad ahí palpable como se va armando, si uno avisa “yo voy a ir el día lunes a las 10 de la mañana a su casa”, claramente lo que vamos a observar ahí no es la realidad, vamos a observar una casa limpia que puede que haya estado los últimos tres meses asquerosa llena de papeles por todos lados con toda la ropa sucia por todos lados, a los niños sucios, desordenados o toda la familia contenta cuando uno llegue no te está entrando la realidad, 2V

otra cosa que me fijo mucho es en la apariencia o en la, como el aspecto físico del lugar de residencia, porque a lugares en donde tu ves que la persona es muy vulnerable pero es limpia, pero hay otros lugares en donde tu llegas y es vulnerable pero es absolutamente desordenado el lugar donde las personas vive, convive o se encuentra 12B

Respecto de los elementos suntuosos:

me llama la atención que en muchas casas se vea que son casas humildes y que tienen muchas necesidades, se vea siempre su gran televisor y su buen equipo de música y eso también llama la atención de ver y luego la limpieza, la limpieza de la habitación porque si bien las personas tienen un grado de están en situación de pobreza eso no implica que no puedan limpiar su propia, su propio hogar su propio espacio, o sea también hay temas culturales no que no conllevan, necesariamente ser pobre no es ser desaseado ni estar en un ambiente... 3V

Respecto a la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia en función de las condiciones del entorno doméstico:

ejemplo muchos elementos importantes para trabajar, porque por ejemplo allá se encuentran no solamente se encuentran problemas, sino encuentra uno cosas privilegiadas, entonces en medio de la pobreza uno encuentra gente muy organizada de su casa, muy limpia, muy puesta, toda la familia funcional, entonces esos también son elementos para poder trabajar con un chico que está teniendo problemas con la escuela, por ejemplo, porque uno encuentra riqueza para trabajar. 23B

uno puede entrar a una casa muy pobre, inmensamente pobre, que tengan una sillita o una mesa y dos ollas, pero todo bien organizadito, si, limpio o entra a otras que pueden tener mucho y uno dice: qué pasa aquí, ahora yo también soy, no me preguntes por qué, pero yo entro a una casa, inmediatamente siento: uy aquí hay buena la energía, es decir, aquí se siente uno cómodo, se siente uno bien o qué pasa que hay algo en el ambiente, digo yo que el ambiente se corta así con cuchillo, no sé si tú me entiendes lo que te quiero decir, es todo eso, hay que tener en cuenta, porque todo eso nos está hablando de las situaciones. 3B

No es fácil la resignificación del desorden y la falta de higiene:

en cuanto a la organización y el aseo es porque también permite ver el nivel de compromiso que la familia tiene por su cuidado y el cuidado de sus hijos, yo personalmente digo que ser pobre no implica ser sucio ni desorganizado, entonces eso también tiene que ver con eso, con la posibilidad de enseñarle a esta familiar que la organización y la limpieza traen posibilidades de cambio y mejoramiento de calidad de vida. 5S

- *Dificultades para redefinir conductas:*

No se aprecia en las narrativas una tendencia hacia la valoración positiva sobre el hecho de que las familias, al ser advertidas de la visita, modifiquen su entorno doméstico ante la llegada del trabajador/a social. Las lecturas de dichas acciones de preparación y acomodo del entorno doméstico antes de la visita, son valoradas en negativo por los informantes, por cuanto el profesional no puede percibir la “realidad” tal cual es en el día a día de los casos que visita.

No se encuentran en los relatos redefiniciones o miradas positivas hacia estas conductas, por ejemplo entendiendo que esta acción es una demostración de *capacidad para....*, por ejemplo. Más al contrario, se valoran como un intento de tergiversar su “realidad”, encubrir o confundir intencionalmente al profesional. Este hallazgo, volvería a situar al profesional que práctica la visita domiciliaria sorpresiva, más posicionado desde el pensamiento lineal¹⁸ que actúa más culpabilizando a las familias de sus acciones, que de un pensamiento relacional, que permite otras lecturas más positivas de un mismo fenómeno mediante redefiniciones, connotaciones positivas, etc. El pensamiento circular-relacional incorpora la complejidad de los sistemas, en este caso en las influencias recíprocas que se da en el *sistema de acción* (contexto / familia / servicio / equipo / trabajador/a social), y la práctica de la visita no estaría exenta de ella (Amaro, 2014).

hay situaciones que se van mucho más allá de lo que tu puedes mirar con una entrevista, con estar con esa persona ahí, a veces lo que se dice no está tan allá como el poder verlo y sentirlo y palparlo, pero eso también al realizar la visita, yo veía como también una mujer supremamente emprendedora, ella no se quedaba en nada más y me recuerdo mucho que el televisor, había 2 televisores en la pieza y me causó como curiosidad; hum en esta pobreza tan macha y con 2 televisores, yo decía: no tenaz, pero lo más curioso de la situación era que un televisor era el que daba la imagen y el otro

¹⁸ Pensamiento Lineal (causa-efecto; Pensamiento Circular-Relacional (múltiples causas y efectos que se retroalimenta en una lógica circular a lo largo del tiempo).

chiquitico, por allá volcado sin pantalla era el que daba el sonido y ella me decía: no es que me regalaron y mi hijo se puso a cacharrear y pudo hacer que un tv sirviera de los 2 y yo decía: hasta la misma vulnerabilidad, la misma pobreza, esa misma miseria que estaban viviendo saca de la nada algo para su beneficio, son como experiencias muy bonitas de las cuales uno como que le queda marcado en el corazón y muy chévere 12B

- *No anticipar, es algo preparado. Estrategias cuando no hay aviso:*

De igual manera se aprecia, que la intención de no avisar la visitas es algo preparado y no improvisado. No son visitas que se hagan sin pensar, sino sin avisar. Algunas profesionales del área de Bogotá, denominan a estas visitas, como *visitas espontaneas o imprevistas*, no dejando de ser una forma diferente de denominar la *visita domiciliaria sorpresiva o por sorpresa*. Es precisamente el efecto sorpresa, el no ser esperado, lo que el profesional busca, posiblemente con la mejor de las intenciones para identificar situaciones lo más próximas a la realidad cotidiana de la familia. Se desprende que ese efecto sorpresa, parece situar a ambas partes (usuario/familia – trabajador/a social) en clave antagonista.

Algunas informantes señalan que se dan algunas excepciones al hecho del no aviso, más propio de la logística que de la estrategia (del no aviso), esto es cuando se dan circunstancias sobrevenidas: imposibilidad de avisar, urgencia, o cancelaciones de otras visitas programadas ese día aprovechando el desplazamiento, pero no es el caso al que nos estamos refiriendo.

Una preocupación de los informantes a la hora de la visita no avisada, es como justificar la misma. Las evidencias encontradas en este punto, apuntan a dos líneas de justificación.

La primera, tomaría como base el haber informado al caso sobre la posibilidad de cursar visita en entrevistas previas llevadas a cabo en el despacho. Como ya he señalado este aviso resulta impreciso, por no fijar ni día ni hora concreto.

El segundo grupo de justificaciones los/las trabajadores/as sociales la sustentan en situaciones circunstanciales, casuales o coyunturales que le ocurren al trabajador/a social estando en la calle, queriendo mostrar que para nada el acto de presentarse de imprevisto han sido premeditado. Es clásica la expresión “pasaba por aquí”, manifestada tanto fuera como dentro de esta muestra. E incluso una profesional (11S) de Sevilla, contraria a realizar visitas por sorpresa, bromeaba en la entrevista con esta frase (pasaba por aquí), conectándola con una conocida letra de un cantautor español; retomamos la letra de esta canción (que nada tiene que ver con el trabajo social), pero es una anécdota altamente metafórica del tipo de excusa para visitar: “Pasaba por aquí” (Luis Eduardo Aute):

....	Y bien qué tontería,
No pienses que te espío,	no soy nada sutil,
no llego a ser tan ruin;	si yo sólo pasaba,
es torpe que tú creas	pasaba por aquí, pasaba por aquí.
que quiero "sorprenderte en un	Ningún teléfono cerca
desliz",	y no lo pude resistir,
	pasaba por aquí. ...

Otro tipo de narrativas también van en esta línea: “quería saber como está el niño y me pasé a verles”, “hace tiempo que no les veo por el servicio y he pensado hacerles una visita”, “he realizado una visita cercana, y aproveché para pasarme”, “estamos revisando el programa y necesitamos hacerles una visita”, etc. Es importante recordar en este punto, que los informantes emplean estas acciones en base a un fin mayor que las justifican.

Junto con estas justificaciones, se asocia el despliegue rápido e instantáneo de habilidades orientadas a contrarrestar las posibles resistencias que quien recibe pudiera manifestar evitando dar tiempo para pensar y accionar. Así, expresar en primer lugar preocupación por alguno de los miembros (o por todos) a propósito de enfermedades, dolencias, o situaciones varias, es una estrategia parece que efectiva. Desde la empatía

se sabe que mostrar preocupación por el otro, es una forma efectiva de conectar con él. Sin embargo en estas circunstancias, no pareciera una preocupación genuina por completo, sino instrumental.

También el empleo del humor o expresiones desenfadadas sobre la base del ya contacto previo en el despacho del profesional, es otra estrategia socorrida para reducir la tensión del encuentro sorpresivo.

También, tras una rápida presentación, intentar desviar la tensión del momento hacia elementos del espacio (barrio, calle, casa...) que pudieran servir para establecer un vínculo acelerado. El objetivo de estas estrategias es reducir la posibilidad de resistencias, sin dar tiempo para pensar y reaccionar.

De común, las familias que “aceptan” de entrada una visita domiciliaria dada la situación antes descrita, presentan una sutil forma de resistencia, mostrarse preocupadas por el estado de la casa, justificándose ante la visita imprevista que no les ha dado tiempo a prepararse, etc. El/la trabajador/a social al ser consciente de lo imprevisto de su llegada, intenta liberar de dicha preocupación a los visitados. Por ejemplo diciendo no se preocupe, será un momento, etc. son el tipo respuestas frecuentes que señalan los informantes que emplean esta estrategia. Significativa la narrativa de una trabajador/a social que lo expresaba en término de arte: “tener arte para llevártelos a tu terreno...”

4S.

Entonces llego, y muchas veces esa visita no está acordada por supuesto, [...] entonces hay unas habilidades sociales como para empatizar, poder persuadir, que es importante el objetivo, tampoco tener una actitud de sancionadora, ni de fiscalizadora. Generalmente, cuando uno hace una Visita Domiciliaria esa es la percepción que tiene el usuario o el beneficiario como se quiera llamar a la persona que uno visita. Entonces, por lo tanto, haría unas habilidades personales también y sociales. Es importante en si, eh..., que muchas veces yo me encontrado con dificultades en este tipo de entrevistas que no me han abierto la puerta, principalmente cuando he trabajado con niños por sus derechos. Y en este caso, yo lo que realizo es tener un poco de paciencia y pasado unos quince minutos, que ya se han arrepentido (de no abrir la puerta), que se yo..., (se ríe) vuelvo a tocar. 24V

3. 6. 1. 2. Si avisar de la visita.

“La calidad de vida no se improvisa” 10B, con esta narrativa tan contundente se expresaba una trabajadora social experta para justificar la no necesidad de visitar sin avisar, ya que los cambios que se puedan hacer en el entorno doméstico no van a ser suficientes para modificar las condiciones de vida que el caso tenga.

Entiéndase, a la luz de las evidencias, que no todas las visitas a domicilio, y no en todos los profesionales entrevistados, realizan visitas por sorpresa siempre. Aunque quienes no la emplean son los menos.

De otra parte, llegar a un entendimiento, acordar el momento adecuado para la visita es otra estrategia que emplean trabajadores/as sociales entrevistados. No se aprecia una mayor incidencia de la tendencia a avisar en unos escenarios estudiados sobre otros, se evidencia más como una inclinación mas particular del profesional en su forma de practicar la visita. Tampoco se evidencia que los servicios regulen estas prácticas, a lo sumo se mencionan puntualmente acuerdos entre los miembros de algunos equipos.

lo ideal es que todo tenga un hilo conductor, todo sea de mutuo acuerdo, con buena disponibilidad por ambas partes. A veces, este proceso ideal no se da. Yo veo el rol de control y, además, detrás hay una gran meta, un objetivo final que, obviamente, el fin último es lograr que esta persona cumpla esos meses y evitar que cometa nuevos delitos. Por tanto, es necesaria y, claro, depende de la forma que uno lo haga, siempre cautelando el respeto, las personas, el aspecto adecuado, la presentación, como uno llega al lugar donde va a entrar... Todos los procedimientos de respeto se tienen que dar.22v

-Avisar por respeto:

El respeto es un principio que expresan los profesionales que optan por avisar de las visitas. Se aprecia que en cierta medida se sacrifica la obtención de la información por preservar el respeto. En contraste con los relatos de quienes no suelen avisar, este tipo de visita (si avisadas) se muestra más ineficaz.

de la misma manera que voy a la habitación del hospital a ver a alguien, llamo a la puerta, es la única forma que yo tengo en un hospital de no invadir la intimidad, porque la habitación es la intimidad del paciente; pues la manera de no invadir la intimidad de la casa es llamando por teléfono o concertando previamente la visita. 1S

- Aviso interesado:

También se aprecia que avisar de las visitas reviste un carácter logístico para el profesional. Uno de los mayores riesgos que tiene el visitar sin avisar, es que no haya nadie en la casa (precisamente porque no estaban advertidas de la visita). Esta situación conlleva que el profesional emplee su tiempo en visitas fallidas. Es por esto, que algunos/as optan por concertar la visita para evitar volver con las manos vacías, es decir, que la familia no esté. Especialmente se constata esta estrategia en zonas de difícil acceso o con riesgos.

En la misma línea también se aprecia el empleo de la visita no solo acordada previamente, sino también concertado el encuentro en los accesos o proximidades del barrio o de la casa. Las razones argumentadas son por la peligrosidad del entorno, o bien por la dificultad de localizar exactamente la vivienda en barrios de alta desorganización urbanística.

por desconocimiento muchas veces de donde se emplazan geográficamente la vivienda es difícil no avisar, es difícil no decir, dónde queda esta vivienda, dónde está situada, en qué sector, en qué cerro, porque nosotros no tenemos tanto tiempo para estar todo el día buscando una vivienda, tenemos que seguir trabajando, tenemos que seguir produciendo, entonces tenemos que hacerlo, desgraciadamente tenemos que hacerlo, pero lo ideal sería hacer visitas domiciliarias sorpresas donde las personas no tengan discursos preconcebidos. 5B.

- Avisar, depende:

Una forma concreta de aviso, es el que algunos profesionales realizan a posteriori, es decir, no avisar de la visita o avisar de forma imprecisa, pero sí dejar una constancia de haber estado en el domicilio en el caso de que no haya habido nadie (visita fallida). Dejar una evidencia del paso por el domicilio se observa como un mensaje de alto contenido para el caso, ya que no solo parece informar del paso por el domicilio, sino del interés por contactar con los residentes.

lo que sí creo que si uno va y no se encuentra a la persona se debe dar aviso que sí se realizó, pero nunca se debe dar aviso de cuando se va a realizar la segunda visita, ni siquiera el día ni la hora se puede decir el máximo que pa mí se podría llegar a decir sería “en estos días voy a llegar a realizar una visita”, pero nunca indicar el día ni la hora porque o sino lo que voy a observar va a ser un no sé una poco menos que una mano de gato (algo arreglado por encima) de lo que realmente lo quiero ver. 2V

3. 6. 2. CATEGORÍA 7ª: DILEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA.

Hablar de visita domiciliaria, es hablar también de ética. La visita domiciliaria multiplica los riesgos éticos respecto al trabajo que se realiza en el despacho. La intervención en el domicilio, incorpora dos variables destacadas que pueden llevar a la ética profesional sus los límites: al entrar en un espacio íntimo y privado. El espacio doméstico es un reducto de la intimidad, y además es un espacio privado legalmente protegido. Al traspasar la puerta del domicilio (incluso antes), se atraviesa ese límite, y se activan los riesgos.

En las entrevistas desarrolladas en el despacho, la familia o alguno de sus miembros, depositan en el/la trabajador/a social muchas informaciones relativas a su intimidad, esta es una intimidad narrada; al visitar, además es vivida, en la medida que se habita temporalmente el espacio íntimo de los usuarios/familias. Al visitar, se *pisa* la intimidad misma, de no ser cuidadosos los profesionales, se puede pasar de pisar en el sentido de palpar, a pisar en el sentido de invadir o atropellar la intimidad de los visitados, aunque el motivo de fondo sea *bien intencionado*.

...bueno pues si entrabas por la mañana estaban todos sentaditos viendo la televisión, y luego a mí siempre me entraban ganas de hacer pipí dentro de las casas, porque así veía los cuartos de baño ...luego ni hacía pipí ni nada, esas son mis estrategias, mi estrategia, y descubría muchos cuartos de baño como tenían escondidas las drogas, y esas cosas...15S

El profesional al entrar en el domicilio ajeno, es un cuerpo extraño, es un sujeto intencional, emisario de un servicio, es parcial y portador del poder institucional. Solo la fuerza de la ética profesional hace de contrapeso en un terreno tan delicado.

La forma de gestionar la entrada en el domicilio, el proceder dentro del domicilio, y el manejo de la información confiada una vez fuera del mismo, entrañan riesgos para la ética profesional, y suponen todo un desafío. Da la impresión, que ni las familias son consciente completamente de su grado de exposición al ser vistos, ni los profesionales tampoco al visitar. O quizás unos dejándose visitar (o no pudiendo “negarse”), y otros visitando, ambos asumen los riesgos.

Una trabajadora social con años de experiencia visitando, señalaba la poca conciencia de riesgo que tienen las familias respecto de las visitas, situando en este caso a todos los profesionales que intervienen en el domicilio como un factor potencial de riesgo “las familias no saben lo que se exponen cuando reciben una visita” 12S.

Dentro de este amplio terreno de la ética, a los entrevistados se les planteaba una cuestión concreta, se les preguntaba si habían tenido alguna vez algún dilema ético en relación a la práctica de la visita domiciliaria. La intención de esta pregunta, es caracterizar la visita desde la perspectiva de los dilemas éticos que entraña. No se profundiza más allá de la identificación de los dilemas éticos señalados por los informantes, quedando abiertas cuestiones como las estrategias que han empleado para resolver esos dilemas.

En la exposición de resultados generales, se podrá apreciar, que se hace referencia constantemente a las emociones sentidas por el profesional ante los cuestionamientos éticos suscitados al visitar. Este aspecto de las emociones ya ha sido abordado en la categoría 5ª.

Los resultados obtenidos en esta categoría, a partir de las narrativas de los informantes se exponen agrupados por entender cercanía entre los mismos, e insertando las voces de los informantes, como testimonio de sus vivencias.

Un aspecto previo a señalar como dato relevante, y no nuevo ya que se da en relación a otras preguntas de la entrevista, es la dificultad inicial de los entrevistados en general, y en todos los escenarios estudiados, a establecer una relación directa entre visita domiciliaria y la ética y dentro de ella los dilemas éticos.

...pues realmente no había pensado nunca en esa pregunta... 19B

...yo nunca he tenido la sensación de haber transgredido al otro, una intrusión al otro. 20v

No, no...creo que en general no, así como problema ético propiamente tal que me hay puesto como una encrucijada no, fíjate, no yo creo que fundamentalmente, y no tiene que ver con un problema ético, yo creo que tiene que ver con un tema de manejo, pero yo creo que más que problema ético, yo creo que en algunas ocasiones he tenido que tener un poco más de destreza para poder generar un clima de confianza, pero problema ético propiamente tal no he tenido. 15S

Los entrevistados con mayor dificultad inicial para identificar dilemas, pidieron aclaración sobre esta pregunta, se les respondiéndolo de forma genérica con una aclaración, precisamente tomando el ejemplo de la pregunta anterior relativa a la cuestión de avisar o no antes de hacer una visita (visita domiciliaria sorpresiva): - *Por ejemplo, podría ser un dilema si el profesional se plantea si es ético o no visitar por sorpresa a los casos*-. Dado que había sido un tema tratado intencional e inmediatamente antes, el ejemplo sirvió para comprender la pregunta.

Para quienes ya lo habían sentido así (visita domiciliaria sorpresiva como dilema ético), se remitían a lo dicho, y aportaron otros ejemplos. Y para quienes no lo percibían como tal, les predisponía para identificar otros ejemplos de dilemas vividos (o no).

Sea como fuere, el dato relevante es la dificultad inicial percibida en los informantes, para conectar la variable *visita domiciliaria* con variable *dilema ético*. Este dato conecta con las investigaciones de Ballesteros (2006) y Úriz, Ballesteros y Urien (2007), donde no aparece directamente el trabajo en el domicilio como un factor de riesgo ético, aunque sí indirectamente cuestiones que le afectan: confidencialidad de informaciones e informes, consentimiento informado... De una manera más clara, las aportaciones de Torralba (2011) si

consideran que la intervención sociosanitaria en el domicilio (con carácter general, no solo del trabajo social), conlleva riesgos éticos de primera magnitud.

No obstante, y pese a esa dificultad inicial, los aportes han sido amplios y relevantes en Bogotá, Valparaíso y Sevilla. Sobre la base de la experiencia de los entrevistados, enfrentándose diariamente a los riesgos éticos al visitar, se exponen a continuación los resultados relativos a esta categoría. Para ello, se agrupan por afinidades identificadas entre sí.

Como viene siendo frecuente, en los resultados obtenidos en otras categorías, no se aprecian diferencias sustantivas entre los relatos aportados por los informantes que proviene de las tres zonas estudiadas. El tipo de dilemas que manifiestan haber tenido, aun presentándose con ejemplos o explicaciones diferentes, se sustentan básicamente sobre lo mismo: sensación de intrusión, secreto profesional, visitas de control y asistenciales y confidencialidad de la información, básicamente,

De igual manera, los interrogantes éticos surgidos a partir de la práctica de la visita, no todos aparecen completamente aislados de la intervención más amplia que se lleva a cabo en otros escenarios, el despacho principalmente.

Se aprecia a partir de las narrativas y ejemplos, que la mayor preocupación de transgresión de la ética profesional, se corresponde nuevamente a los contextos de control, control-asistencial, evaluativo, y asistencial, donde los datos e informaciones evidenciados a partir la visita, y la forma de realizar ésta para obtenerlos, desafían los límites de la ética.

Destacar también, el valor de las narraciones aportadas en este punto, como una expresión de fortaleza personal al compartir sus dudas e incertidumbres profesionales en la intervención domiciliaria. La expresión de las mismas se contempla como signo de preocupación por mejorar la calidad profesional de sus intervenciones.

3. 6. 2. 1. La sensación intromisión como riesgo ético.

Entorno a la visita, los informantes de las tres zonas estudiadas que se han manifestado en esta línea, evidencian la preocupación entorno a la sensación de *intromisión* o *invasión* en la vida privada de los usuarios al visitarlos en el ejercicio de su cometido profesional. Alguna narrativa expresan, como la preocupación del trabajador/a social por la situación de uno(s) de los miembros de la familia, puede provocar la sensación en el resto de *violación de su intimidad*.

Estas percepciones, los informantes que se pronuncian, las sitúan como uno de los mayores riesgos para la ética profesional, y se activan especialmente cuando la visita tiene como cometido la comprobación de situaciones, constatación, contraste... de datos y evidencias.

...pues yo pienso que, no sé si éste equivocada o si le logro interpretar la pregunta, pero pues cuando uno hacia las visitas domiciliarias siempre fue acogido por la familia, porque obviamente el niño de ellos estaba en un hospital y uno llegaba, un miembro del hospital profesional(ts) a hacerle una visita, pues ellos lo recibían a uno con mucho respeto y le colaboraban, pero llegaba un momento en que uno por su profesión y todo tenía que meterse mucho en la dinámica familiar, en la vida privada de la familia que muchas veces no le gustaba, no sé si eso de pronto le dé la respuesta, si, entonces para uno como profesional era incómodo, si, violar, meterse en la vida que pues no debería ser, pero pues por profesionalismo y por necesidad le tocaba hacerlo...20B

A partir de los ejemplos, y la preocupación mostrada por los casos, se aprecia que exponerse a poner en riesgo la ética profesional, no surge de manera gratuita, sino en el ejercicio responsable de la labor profesional, en algunos casos con excesivo celo. La vivencia de *meterse en la vida de los demás*, al realizar la evaluación exhaustiva de situaciones, los informantes la perciben más intensa cuando se visita, que cuando se llevan a cabo en entrevistas en el despacho.

A partir de las narraciones, se percibe la sensación de que en ocasiones el cumplimiento del mandato institucional y/o socialmente asignado a los/as trabajadores/as sociales pesa en la práctica domiciliaria, llevando al límite el *respeto* necesario. La sensación de no ser bien acogido en el domicilio por la familia, la incomodidad creada, la tensión

percibida por todos..., sería una evidencia del contraste entre el ejercicio del deber, y la intromisión en la vida ajena.

¿qué podría ser?, no sé aquí, por eso yo digo el hecho de invadir aquí a nosotros nos inculcan que uno de los principios de Trabajo Social es el respeto a la persona, entonces a veces ese afán de que por solamente recopilar datos socioeconómico llegar e invadir poco menos y entrar a una casa en la cual claramente uno no está siendo aceptado donde se muestran claramente no se po, aspectos de la persona, te está indicando, sea por su trato, por su cara, su tono de voz, de que no te quiere ahí, de que no te desea ahí, de que se siente incómodo, de que se siente invadido, para mí eso es un dilema. 2V.

Otro de los ejemplos que afloran en los entrevistados como dilema ético, es percibirse juzgando a los demás, a sus casas y sus formas de vida. Sin embargo, este planteamiento no es uniforme, bordear la ética profesional en la práctica domiciliaria no siempre es completamente percibido por los informantes.

...a la gente no le gusta que se le metan en su hogar y más un extraño que viene a juzgar, entonces es mejor planificarlo de tal manera en que parezca una visita social y no visita de ir el trabajador social a esculcarle su historia, su vida, es más bien a eso; a que listo, ¿te gustaría que te fuera a visitar?, entonces el otro: no, dependiendo las trabas, le toca a uno buscar el mecanismo para que digan que sí. 11B

3. 6. 2. 2. El manejo de la información.

Con carácter general, y no solo a partir de la intervención domiciliaria, el manejo de la información, se convierte en una preocupación de los profesionales entrevistados.

Un hallazgo importante tiene que ver, con el uso de la información obtenida en el domicilio. La incorporación de esa información tan íntima a los datos del expediente, o en la coordinación con otros profesionales, la deja fuera del control de los trabajadores/as sociales.

Se aprecia a partir de los testimonios, que dilemas generales de la profesión como: los límites en el manejo de la información y confidencialidad en los informes, con colegas o con terceros (jefes, coordinadores/as), la revelación de secreto según excepciones, la relación profesional con el cliente, el uso o no del consentimiento, etc., se amplifican con la visita

domiciliaria, al estar más en contacto con la intimidad, y ser proveedora de un mayor volumen de información y de contacto directo con los usuarios/familias.

Otro de los cuestionamientos éticos que manifiestan los informantes tiene que ver con las evidencias obtenidas en el contacto con personas ajenas al caso, como informantes indirectos, especialmente los vecinos y/o la familia extensa. Este aspecto es ya clásico en el trabajo social, Richmond (2005) en su libro *Diagnóstico Social*, hace un siglo lo consideraba una fuente primaria de información sobre el caso. Sin embargo, el límite respecto al uso de esta fuente, pone al profesional al borde de la transgresión ética, y especialmente en lo que tiene relación con la normativa de protección de datos (más evidenciado en los informantes de Sevilla).

...la protección de datos es algo serio [...] en salud lo tienen muy claro [...], yo no hablo con los vecinos si no hay nadie en la casa, me preguntan, ...en la calle se conocen todos, pero no... yo que se si se llevan bien, si me malmeten. 17S

...cuando el paciente saliera del hospital, ya el niño se iba a recuperar, si ve, esa era la parte que nosotros manejábamos para esos casos, y sí era para los casos de maltrato pues con mayor razón tenía que hacer visita, uy ahí sí era clave; y ahí si necesitábamos el apoyo de los vecinos, buscábamos chismoso del barrio para que nos ayudara a detectar el causante del maltrato, ese era más difícil, esas visitas eran más complicadas.... 20B

3. 6. 2. 3. Las visitas de control, el mayor desafío ético.

Los informantes coinciden al señalar, que las visitas de control, son las que más malestar les crean, se observan narrativas que evidencian el disgusto con el papel de *visitantes controladores* o *policía de casos*. Esta labor, es percibida como un desafío a la ética profesional, y a su propia concepción del trabajo social en general.

...yo no me paro en la mirada de irle a conocer lo negativo, yo siempre le digo a la persona, vamos a ver que recursos tiene en su casa, mas que inspeccionar si usted hace aseo o no, porque muchas veces la gente, el tercer interventor se para sobre eso, vamos a ver si tiene salud o no, si tiene riesgos o no, si esta bien la construcción. 16B

...si, generalmente cuando nosotros llegamos lo primero que se hace es una inspección de todo el hogar, ellos mismos, las personas saben, pues los llevan a uno, se sienta de pronto uno, se presenta, dice cuáles son los objetivos y posteriormente empieza a hacer un recorrido por el

hogar. 13B

Algunos profesionales jóvenes, sienten que les hacen pedidos a las familias en lo que respecta al cuidado, orden, limpieza, alimentación... desde una autoridad que no tienen, o que la experiencia y la edad aun no les ha aportado. E incluso, algún relato puntual, expresa la sensación de incoherencia al pedirle a las familias, algunas cuestiones que personalmente no llevan a cabo.

De otra parte, los/as trabajadores/as sociales entrevistados, evidencia el reto que supone, la detección en el domicilio de situaciones que ponen a menores en riesgo: éstas no siempre son evidente, más al contrario, son situaciones difusas y confusas de detectar. Esto genera una gran incertidumbre en los profesionales, con importantes implicaciones emocionales sobre la conveniencia y momento de denunciar tal situación detectada. Junto con ello, el riesgo percibido para su integridad personal, en aquellos casos susceptibles de reacciones violenta por algún adulto de la familia al verse denunciados o cuestionados en sus cuidados a los menores.

En estas situaciones especialmente difíciles que tiene su origen en la visita, se traducen a los informes, y ahí surge de nuevo el cuestionamiento de hasta donde poner, relatar, narrar, describir, etc.

3. 6. 2. 4. Visita Asistencial.

En el ámbito asistencial, los resultados apunta a cuestionamientos éticos relativos al cumplimiento e incumplimiento de requisitos para el acceso a prestaciones o beneficios, apreciándose en las descripciones maniobras de descubrimiento más propias de la investigación policial que del trabajo social. El papel asumido por los profesionales entrevistados, respecto a quienes quieren aprovecharse del sistema (*estafadores del bienestar*), les lleva a cuestionarse donde está su límite en este terreno.

También se aprecian relatos, que no se hacen este cuestionamiento, y realizan visitas domiciliarias, de común por sorpresa, para encontrar evidencias del cumplimiento o incumplimiento de requisitos que conllevan las prestaciones.

De otra parte, se perciben cuestionamientos ético, a partir de la constatación mediante visita, del estado de necesidad de algunos casos, sin embargo por cuestiones burocráticas, no cumplen con algún requisito que de acceso a la prestaciones. El profesional se cuestiona sobre la rigurosidad de aplicación de baremos abandonando a su suerte el caso, o proceder de otra manera.

Con la entrega de beneficios, directamente... porque la normativa te indica una cosa y tú ves otra; a lo mejor no cumple los requisitos (que la normativa te impuso), pero así tú constatas situación de pobreza y de carencia. ¿Entonces qué haces tú, manipulas... y manipulas, callas o hablas y cubres o no ayudas?. 19V

...fui de los primeros en valorar, la realidad es que iba mucho mas por delante que la normativa, la normativa ha ido mejorando con el tiempo, entonces nosotros éramos los primeros, que veíamos, cosas que la normativa no contemplaba, por ejemplo la normativa decía que no se podía valorar sino fuera en su domicilio o en un centro (hospital o una residencia), yo he ido a valorar a una persona que vive en un bar. ¿que hago?, la ley dice que no se puede valorar en un bar, no dice que no puedas valorar en un bar, dice que no puedes valorar fuera del domicilio sino es un centro oficial, pero por la persona tenia que valorar, que hago? Lo valore, porque sino lo valoraba no tendría la dependencia, la realidad es mucho mas rápida que la ley. 2S

3. 6. 2. 5. Depositarios/as de secretos.

En la experiencia de los informantes, laten los cuestionamientos relativos al secreto profesional a partir de informaciones confiadas, o evidenciadas mediante la observación directa.

Trabajadores/as sociales de Bogotá y Valparaíso especialmente, manifiestan en la entrevista, haber sido conocedores, o tener sospechas fundadas de la comisión de delitos por parte de algunos miembros de la familia que visita, aunque el motivo de visitar esté relacionado con atención a menores, o prestaciones básicas de subsistencia, ¿qué hacer?, también evidencian amenazas en el caso de denuncia o revelación de la información. .

...me pasó con una familia que él estaba buscado por la justicia, robaba, droga... terrible. Llegó un momento en que lo buscaba la policía, una investigación, y dispararon y todo. Entonces, le tienes que hacer entender a ella que el hecho de que lo esconda no es bueno para sus hijas, había un bebé y dispararon. 18V

...por ejemplo de delincuencia, no, que uno sabe que esa familia se dedica al robo, al hurto, o sea al reducimiento, en fin, de ahí para allá, o sea uno no puede llegar y decirle la policía: mire esta familia, no, hay que hacer un proceso con ellos. 17B

De otra parte, hay otro tipo de secretos que se evidencian en las visitas, por ejemplo se aprecia en ejemplos que al visitar el espacio doméstico, y conocer alguna de sus estancias, pueden aflorar secretos familiares (o informaciones reservadas) vinculados a las mismas (violencia intrafamiliar, abusos, muertes, objetos de origen poco conocido...). O bien, a partir de la cercanía y confianza generada durante las visitas, se le revelan una información secreta. Algunos secretos ayudan a la comprensión del caso, y otros, los más, resultan atrapantes. Ser depositario de secretos que tienen que ver con violencia intradoméstica, es una de las cuestiones que más preocupan a los trabajadores/as sociales entrevistados, cuando han realizado visitas, ¿qué hacer con esa información?.

...estaba viendo la casa con la madre, me fije en una puerta rota, como de un golpe, al comentarlo, la mujer se vino abajo y me dijo que su marido era muy agresivo, también con ella... Yo al ver el golpe en la puerta pensé que era de un puñetazo, ya que estaba a la altura de la cara. 9S

3. 6. 2. 6. Otros cuestionamientos ético.

A continuación se detallan otras dudas que se han identificado en los profesionales entrevistados, no encuadrables necesariamente en los grupos anteriores:

- Relatos que revelan cuestionamientos éticos a partir de que el profesional se ha visto emocionalmente implicado en algún caso. Particularmente conmovido por una situación a partir de las evidencias de necesidad o sufrimiento percibidos en la visita, y especialmente con situaciones de vulneración de derechos de menores, o por la extrema precariedad de las condiciones de vida.

- En esta misma línea otros testimonios apunta a la pérdida de la “imparcialidad”, tomando partido por algún miembros.
- Otra fuente de malestar y cuestionamiento ético en los informantes que trabajan en las administraciones públicas (ayuntamientos, alcaldías, distritos, comunas), es cuando se sienten utilizados políticamente en la atención a los casos. Cuando realizan intervenciones, incluidas visitas, a instancias de los políticos y dirigentes públicos, pasando a formar parte de la maquinaria de tratos de favor hacia unos casos, y teniendo la percepción de injusticias respecto a otros casos no favorecidos por los políticos.
- Se aprecia también, el dilema ético que surge en algunos informantes, a partir de la constancia de intervenciones domiciliarias inadecuadas llevadas a cabo por otros profesionales del equipo u otras instituciones. Evidenciarlas supone un desencuentro personal, profesional y/o institucional, amen de posibles implicaciones legales derivadas (denunciar negligencias, negocios con las familias...).
- Otra de las preocupaciones que asaltan a los profesionales están relacionadas con una supuesta pérdida de distancia y objetividad necesaria, cuando al visitar son invitados a comer, a beber como gesto de hospitalidad; o incluso a participar de algún evento familiar (bautizo, boda, comida familiar...) en agradecimiento por la ayuda prestada. Posicionarse ante estas invitaciones, interpela a los profesionales de continuo. Igualmente, cuando al visitar reciben algún presente o regalos de parte de las familias.

CAPÍTULO 4.

CONCLUSIONES

4. CONCLUSIONES.

Llegar a este punto de la investigación, supone percibir el final de todo un largo recorrido. Sustanciar en unas conclusiones la enorme cantidad de matices que se han constatado, es un nuevo reto y un riesgo a la vez.

El juego de las subjetividades del investigador, vuelve a la escena en este momento. Sin embargo, los dispositivos para el rigor metodológico establecidos, se convierten en la ayuda indispensable para la constatación de estas conclusiones.

Como conclusión previa, destacar, que la metodología fenomenológica, se ha evidenciado como adecuada para el objeto de esta investigación. Esta metodología ha permitido el aporte de una enorme cantidad de datos relevantes, sobre los significados que los informantes atribuyen al hecho cotidiano de visitar a sus casos.

Así mismo se percibe, una enorme riqueza de matices, que en alguna categoría desbordan las posibilidades de análisis de esta investigación. Pero a la vez, abren nuevas expectativas de explotación de los mismos, a partir de líneas complementarias de profundización.

El grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, y la des-confirmación de la hipótesis, se considera que quedan evidenciados en los resultados reportados, y en las conclusiones que a continuación se detallan.

4. 1. Las características de las visitas domiciliarias de los tres escenarios estudiados, son similares entre si.

En el segundo objetivo específico de esta investigación se orientaba a establecer una comparativa entre los tres escenarios, para apreciar diferencias y similitudes entre ellos. Analizando el conjunto de resultados de todas las categorías, se puede concluir que no hay

diferencias significativas entre las visitas domiciliarias de los tres escenarios que han servido de muestra para esta investigación.

Las diferencias apreciadas en alguna de las categorías analizadas son sutiles, más que evidentes. Estos aspectos diferenciales, no se corresponde tanto con la división de las zonas muestrales, como con los contextos concretos y diversos de intervención donde trabajan (o han trabajado) los informantes. Así pues, las diferencias apreciadas, son más de tipo horizontal, entre contextos de intervención mismos (por ejemplo entre los servicios pertenecientes a sanidad, educación, servicios comunitarios...); que verticales, es decir, entre las zonas geográficas objeto de investigación: Bogotá, Valparaíso y Sevilla.

Dado que el objeto de esta investigación se orienta más a caracterizar a la visita domiciliaria en general a partir de las evidencias reportadas por cada zona muestral, no se ha procedido a aportar resultados concretos sobre las evidencias diferenciales entre contextos de intervención (salud, educación, servicios sociales...), dado que no estaba previsto en los objetivos y el diseño de la investigación se adaptaba a este fin. Se entiende, que a partir de esta conclusión, se pueden derivar líneas de investigación específicas que permitan dicha comparación horizontal.

Con carácter más particular y concreto, se aportan las diferencias más evidentes, sin perjuicio de señalar algún matiz diferencial más en alguna de las conclusiones siguientes:

- En la muestra de Sevilla, y especialmente en los informantes que operan en servicios comunitarios, manifiestan una reducción importante de las visitas que realizan a partir de la emergencia de la crisis económica de los últimos años. El incremento de la demanda de ayuda asistencial, satura la atención en el centro de trabajo, limitando las posibilidades de hacer visitas en la misma proporción que antes de la crisis. A ello se suma la reducción de efectivos (trabajadores/as sociales) en los servicios.

- También se resalta como algo diferencial, las aportaciones de algunos informantes de la muestra de Sevilla, a partir de las tensiones con otras disciplinas que también practican la visita (educación social y enfermería de enlace), aspecto que no se aprecia en las otras dos muestras estudiadas.
- Resulta significativo señalar la aportación de dos informantes de Bogotá que planteaban una visión diferente de la visita con una orientación mas claramente terapéutica. Esta visión contempla una denominación diferente y alternativa a la ya clásica de visita domiciliaria. Para ello emplean el concepto de “consulta social domiciliaria”. Se tenía constancia previa de esta línea de trabajo fuera del marco de esta investigación (Fierro y Salcedo, 2003). Se destaca esta evidencia por el factor de innovación que incorpora, a la vez que el cuestionamiento a la clásica forma de hacer visitas que se refleja en prácticamente el resto de la muestra.
- Al describir las intervenciones relativas a la visita domiciliaria, se aprecia una mayor tendencia al trabajo con la comunidad a partir de las mismas, en la muestra de Bogotá y Valparaíso. Aspecto que no aparece destacado en las narrativas de Sevilla.

A partir de esta primera conclusión general, se entiende, que la primera parte de la hipótesis se confirmaría, en la medida que se contemplaba en la misma, la preexistencia de rasgos generales comunes entre las visitas de las tres zonas de estudio. Sin embargo los datos arrojan, un paralelismo no solo en los aspectos generales, sino también en los aspectos más concretos en los tres escenarios estudiados.

4. 2. La visita domiciliaria de carácter asistencial, es la que se muestra como más protagonista en las narrativas de los informantes de las tres zonas muestrales.

Las visitas domiciliarias de carácter asistencial es la protagonista, siendo la que se evidencia de forma más nítida en los tres escenarios estudiados. En segundo lugar, aparece la visita de control, en lo relativo a la intervención en relación a la vulneración de derechos en alguno de los miembros de las familias visitas, y de control-asistencial vinculadas a velar por el uso adecuado de las ayudas/beneficios concedidos a los usuarios/familias.

Señalar que las referencias que se dan en la investigación, a la protección de personas en riesgo, se centra especialmente en los menores de forma clara en los tres escenarios, seguido de protección a la mujer a partir de violencia intradoméstica. Este tipo de situaciones son las que más activan y movilizan a los/as trabajadores/as sociales a realizar visitas como acción de protección.

Igualmente apuntar, que las visitas relativas a protección de personas en riesgo, no solo se dan en aquellos informantes que trabajan (o han trabajado) específicamente en servicios dedicados a este fin (ej. programas de protección del infancia, equipos de tratamiento, fiscalía, tribunal de menores, gendarmería, comisarias de familia, etc.); sino que la detección, denuncia, y/o intervención con este tipo de situaciones, también aparece asociada a la intervención domiciliaria de carácter asistencial.

Respecto a la intervención asistencial específicamente, señalar que ésta moviliza a los/as trabajadores/as sociales a realizar un gran número de visitas. Las intervenciones domiciliarias están vinculadas a la extensión de servicios, prestaciones, ayudas (beneficios) para satisfacer y/o paliar las necesidades básicas económicas, alimentación, vestido, vivienda, escuela, etc., en sus formas más o menos perentorias según los casos.

A partir de los resultados, se evidencia claramente que los dos momentos más destacados, en los que la visita domiciliaria se hace protagonista, para los fines asistenciales son: 1. Evaluación-Diagnóstico del estado de necesidad y ajuste a los requisitos de las prestaciones. 2. Control y seguimiento de las prestaciones asistenciales otorgadas. Este tipo de

control, ya aparece mencionado en la fundamentación, habiéndolo denominado como control-asistencial, para diferenciarlo de otras acciones de control vinculadas especialmente a los servicios de protección.

Estos dos parámetros de la intervención asistencial (evaluación-diagnóstico y control asistencial-seguimiento), saturan el discurso de los/as trabajadores/as sociales en las tres zonas estudiadas. Se manifiesta de manera profusa en las narraciones a través de ejemplo y casos, donde se evidencian situaciones muy precarias, que hacen de estas visitas, un enorme reto para el profesional, a la vez que un servicio para las familias.

Sin embargo, a partir de este tipo de visitas, se abren nuevos escenarios de análisis asociados, donde la visita domiciliaria sorpresiva tiene un especial y destacado protagonismo. A ella nos referiremos más adelante en estas conclusiones.

Sea con o sin aviso, las visitas asistenciales diagnósticas y/o de control-seguimiento, se orientan fundamentalmente, y en los tres escenarios, a: 1. Calibrar gravedad de las necesidades conforme a los recursos disponibles; 2. Detectar incumplimientos, fraudes o demandas falsas; 3. Seguimiento de las prestaciones otorgadas.

De otra parte, este tipo de visitas asistenciales, también tiene la característica de eclipsar y/o invisibilizar, las intervenciones psicosociales asociadas a ellas (por ejemplo: contención, apoyo, ventilación emocional, intervención en crisis, orientación...). En las narrativas de los informantes, o bien no aparecen estas intervenciones, o aparecen asociadas a acciones más allá de las de diagnóstico o control antes referidas.

Las demandas de carácter asistencial, con las visitas domiciliarias que puedan llevar aparejadas en su atención, se confirma como la puerta de entrada más frecuente de los casos a los trabajadores/as sociales. Esta vía, permite abrir otras intervenciones más de corte terapéutico, ya que tras demandas reiteras de carácter asistencial, se da de común, un malestar

relacional (Cirillo, 1994; Coletti & Linares, 1997), sin embargo este aspecto no se evidencia de forma sustantiva en las narrativas de los informantes en general.

Respecto al control social, se confirman que estas visitas se convierten en un instrumento de control social como se menciona en la fundamentación. Y el trabajador/a social, en un brazo ejecutor de dicho control social, e incluso en algunos casos, con un exacerbado celo profesional de “vigilancia”.

Finalmente, a partir de esta conclusión, y en relación con la hipótesis formulada, se puede concluir, que se desconfirma parcialmente, la segunda parte de la misma. En la medida que no se hace evidente, ni manifiestamente apreciable, sino más bien sutilmente y no en todos los informantes, que el componente terapéutico, preventivo y promocional atribuido en la hipótesis a las muestras de Bogotá y Valparaíso, sea más evidente respecto de la muestra de Sevilla.

En los tres escenarios se presenta de forma acusada la orientación asistencial de las visitas descritas, y con mayor o menor aparato burocrático según los servicios. Solo discursos aislados en las tres muestras, de profesionales que laboran (o han trabajado) en servicios más de corte terapéutico o promocional específicamente, introducen narrativas más o menos claras en esta línea, pero no se podría tomar en su conjunto como distintivo en ninguna de las muestras.

4. 3. La visita domiciliaria atrapada entre la ayuda y el control.

Los/as trabajadores/as sociales de los tres escenarios estudiados se mueven en la dicotomía ayuda-control. Se aprecian rasgos evidentes de acciones de control, especialmente a partir de la práctica de la visita domiciliaria sorpresiva, de control, control-asistencial y evaluativa.

Y a la vez, acciones de ayuda que no solo se materializarían a través del beneficio asistencial, que es lo más evidente, sino también, mediante el apoyo, contención, motivación, intervención en crisis, etc., y que queda en un segundo plano apenas visible por el protagonismo del beneficio o prestación material, económica o de servicio (y el despliegue burocrático que conlleva la gestión de los mismos).

No se aprecia, que los informantes de las tres muestras, tengan resuelto el *dilema cuidado-control* (Finn, 1990, citado por Lázaro, 2004), más al contrario, se encuentran inmersos en el mismo, alimentándolo en buena medida, a través de la práctica de la visita sorpresiva especialmente.

En este sentido, se refuerza lo ya expuesto en la fundamentación, respecto de que es en la visita domiciliaria donde más se sustancia y se visibiliza el ejercicio de la función de control y de ayuda. E incluso, el interjuego que permite aprovechar la vía de la ayuda para el ejercicio del control (agenda oculta); cuestión ésta, revisable desde la perspectiva ética.

En este mismo punto, se confirmaría también, lo apuntado en la fundamentación, en lo que he dado en llamar la *visita panóptica* aprovechando la metáfora de Foucault (1998); en la medida, que la visita se convierte en una parte de ese panóptico que llega y lleva, hasta los propios domicilios de los visitados, ese ejercicio sutil del poder de la dominación. Convirtiendo a los/as trabajadores/as sociales (y a otros profesionales) en *policías de familia* como apunta Donzelot (1990) u *operadores de dominación* según Foucault (1979).

Respecto a la función de ayuda, se pueden apreciar en los relatos de los informantes de toda la muestra sin distinción, el doble vínculo (Bateson, 199; Watzlawick, 1997) al que están sometidos de común. Donde por una parte, se les pide desde las instituciones el ejercicio de control social, y de otra, el ejercicio de la ayuda como mandato profesional. Es en la visita domiciliaria donde más se sustancia ese atrapamiento, y a través de la visita domiciliaria

sorpresiva donde se evidencia el perverso juego de descubrimiento-encubrimiento que se da entre profesional y caso.

A la vez, en las narrativas, los informantes manifiestan que la visita es una forma de acercamiento y de cercanía, de preocupación real por los problemas de los demás, de movilización en la búsqueda de recursos de las familias y los que ofrecen las instituciones y la red social. Según manifiestan los entrevistados, este interés por los demás visitando, es altamente valorado por los casos. A este respecto, faltarían los testimonios de los visitados, aspecto que abre una nueva línea de profundización a partir de esta investigación.

De forma evidente, se aprecia en los participantes de las tres áreas y de los distintos servicios donde trabajan, la implicación y la movilización, cuando se detecta la vulneración de derechos de algunos de los miembros menores de las familias. Este aspecto, de manera destacada en todos los escenarios de la investigación, y en todos los/as profesionales que se pronuncian al respecto, constituyen un factor de activación de visitas de forma notable.

4. 4. La visita domiciliaria sorpresiva se practica habitualmente.

La visitas domiciliarias sin avisar a los usuarios previamente se revela como una práctica habitual en las tres zonas muestrales. A partir de los resultados se aprecia que no todas las visitas se realizan sin previo aviso, sino aquellas asociadas a la evaluación y el control, en contextos de intervención asistencial y de control por riesgos de vulneración de derechos.

Se concluye que este tipo de visita persigue entrar en contacto con la cotidianidad de los casos no alterada y en su estado natural o habitual.

La investigación evidencia, que con el *no aviso*, los/as trabajadores/as sociales que práctica este tipo de visitas, persiguen conscientes e intencionalmente que las familias no dispongan de margen para modificar su espacio doméstico y su dinámica. Considerando que

el *aviso*, si daría tiempo para esos cambios, y con distorsionaría la percepción que los/as trabajadores/as sociales tuvieran del espacio doméstico y de la dinámica familiar.

La visita domiciliaria sorpresiva, se hace patente y profusamente practicada en las tres zonas geográficas estudiadas sin excepción. Se concluye, que su práctica es una opción personal de cada profesional, no se evidencia que esté sometida a mandato institucional previo, aunque en algún caso, si como acuerdo del equipo profesional donde está el/la trabajador/a social.

Se concluye que hay distintos tipos de *no aviso*: sin ningún tipo de aviso, aviso pero sin fijar día y hora, aviso en un marco temporal impreciso, aviso de fecha sin hora, visita antes de la fecha avisada. Se evidencia que el *aviso ambiguo*, tiene un triple objetivo: calmar el conflicto ético en el profesional, no poner en riesgo la confianza con el usuario/familia; evitar que alteren su cotidianidad para distorsionar la percepción del profesional.

La visita domiciliaria sorpresiva, se muestra por los informantes que la practican, como necesaria para: identificar situaciones de riesgo para los miembros vulnerables, constatar el estado “real” de necesidad o carencia del caso, detectar fraudes (estafadores del bienestar).

No todos/as que los que la practican, la viven como un dilema ético, riesgo para la ética profesional, sino que el fin que motiva su empleo, especialmente en situaciones de riesgo para menores. La visita domiciliaria sorpresiva reviste un papel estratégico para el profesional en la intervención con los casos, y es valorada como muy efectiva en la intervención.

Quienes no la practican, evidencian que no avisar es una falta de respeto para con las familias visitadas, y una intromisión, aun a riesgo de “perder información” que se entienda valiosa para una percepción más ajustada de la realidad de la familia.

Finalmente se evidencia, que este tipo de visitas es controvertida, y no está sometida a revisión crítica por los participantes en la muestra en general. A título propositivo, en la fundamentación, se apunta por quien suscribe, la necesidad de acordar un código de *buenas prácticas* que oriente a los profesionales en las visitas en general, y sobre este tipo de visitas en particular (por ejemplo, la utilización del consentimiento informado).

4. 5. Los/as trabajadores/as sociales emplean una metodología básica y flexible para sus visitas.

Respecto a la parte metodológica de las visitas domiciliarias, se concluye que los profesionales las llevan a cabo, a partir de una *metodología básica*, que se corresponde con tres momentos esencialmente: preparación, ejecución y evaluación, en consonancia con una de las opciones metodológicas apuntadas en la fundamentación.

Los participantes en la investigación, consideran como la metodología más idónea, es aquella que sea flexible, versátil y adaptable a las cambiantes situaciones a las que se enfrentan al visitar.

Esta *metodología básica*, resulta muy próxima, por su encaje con el Método Básico o Ciclo Tecnológico del trabajo social. Los/as trabajadores/as sociales señalan, que el *antes* de la visita, se corresponde con la revisión de la información disponible del caso, la preparación de la logística del desplazamiento y el diseño del objetivo/s que la visita tendría.

Así mismo, el *durante* la visita, se corresponde con establecer un clima agradable en el encuentro, y el abordaje de los temas en cuestión a trabajar; junto a ello el conocimiento del espacio doméstico completo o partes del mismo, si fuera procedente para el caso. En este punto la diversidad de aportes hace difícil mayor concreción de los posibles pasos o secuencias concretas.

Y el *después* de la visita, se corresponde con el registro de los datos para la toma en consideración de los mismo, a los efectos del diagnóstico u otras decisiones que procedan.

En este punto, se considera a partir de los resultados, que algunos servicios sometidos a mucha presión asistencial, obligan a los profesionales a desarrollar más una pauta acción-acción, que acción-reflexión-acción, en la medida que los tiempos disponibles para visitar son muy limitados, solapándose unas visitas con otras prácticamente.

Se concluye también, que las visitas representadas en la muestra, son más de carácter puntual que programadas (secuencia de visitas), salvo en algún programa de intervención en el caso de la muestra de Valparaíso.

Finalmente se destaca, que sobre la base de lo expuesto respecto a la metodología de la visita, los profesionales del ámbito sanitario y judicial, son los que más celo ponen en la aplicación de una secuencia metodológica en sus visitas. Se podría apuntar como razón, la influencia del rigor procedimental del contexto sanitario y judicial.

4. 6. La visita es conceptualizada como una técnica, instrumento o herramienta.

La visita domiciliaria es considerada como una herramienta técnica, que el profesional hace suya, que se soporta al amparo de modelos de intervención y teorías de referencia. No es considerada por los informantes como una mera actividad fuera del despacho del centro de trabajo. Más al contrario, el ejercicio de la misma, los participantes revelan, que requiere competencias, habilidades y destrezas (e incluso arte); y además exige de toda una logística de preparación diferente a otras técnicas.

A su vez, la muestra determina, que en la implementación de la visita se llevan a cabo dos técnicas preferentemente: la entrevista con sus distintas variantes de subtécnicas que la hacen efectiva; y la observación, en su variante exploratoria (en algunos casos focal), no sistemática y participante. La observación, es considerada a partir de los resultados, como

extraordinariamente importante dado que uno de los motivos para visitar es observar a la persona en su entorno natural, que los profesionales prefieren que no esté alterado por el motivo de la visita, dado que esto le permite hacerse una visión más acertada de la cotidianidad del caso (de ahí el empleo de la visita domiciliaria sorpresiva). Algunos informantes emplean metáforas para describir la acción de visitar como: auscultar, o que la visita permite tener una imagen en movimiento, a diferencia de la fotografía fija que ofrece la entrevista en el despacho.

4. 7. Lo más característico de la visita domiciliaria que realizan los/as trabajadores/as sociales, es su mirada integral.

De manera uniforme, y en los tres lugares del estudio, se considera que lo más característico y distintivo de las visitas domiciliarias de los/as trabajadores/as sociales, es la mirada integral de los casos. No acotándola a una acción concreta y puntual, o una observación parcial y desagregada del conjunto.

Este *enfoque integral* de las visitas de los/as trabajadores/as sociales, la hacen altamente compleja, dado que son múltiples factores en interacción los que hay que considerar, por ello la necesidad de entrenamiento y pericia en su ejercicio.

Respecto a las variables a tener cuenta al visitar, en la investigación aparecen las siguientes: *variable espacial* (lo habitacional); *variable relacional*, que comprende las relaciones que se dan entre los convivientes, las relaciones de los mismo en el espacio y con el espacio; *variable comunitaria*, es decir, el entorno, la vecindad, las redes sociales de apoyo y la conexión con los servicios que tienen los casos.

Para finalizar, un aspecto muy característico que se aprecia a partir de los relatos, es la gran capacidad y habilidad que han desarrollado los participantes en captar detalles sutiles en la observación del espacio doméstico y extradoméstico.

4. 8. Los motivos que llevan a visitar los domicilios de los usuarios y familias, son múltiples.

Los resultados de la investigación arrojan, que el *para que* visitar, es un aspecto relevante a considerar, dado que las visitas consumen mucho tiempo, recursos y esfuerzos.

Las investigación revela, que los objetivos de las visitas, se orientan a encontrar respuestas a preguntas (hipótesis) surgidas en el trabajo de despacho, es decir a evaluar-diagnosticar. También a dar respuestas a las familias en tres líneas de acción principalmente: asistencial, prevención-detección de riesgos e intervenciones psicosociales diversas. Junto a estos, y de forma complementaria, sirve la visita también, para establecer/fortalecer la relación de ayuda, y vencer resistencias.

Una conclusión relevante en este punto, es la tendencia a recargar las visitas de objetivos. El origen de esta tendencia, se situaría de una parte, en la presión asistencial a la que están sometidos los/as trabajadores/as sociales, que limita sus tiempos; y de otra parte, al empleo de la visita puntual de forma más habitual que las visitas programadas (secuencia de visitas). Esta sobrecarga de objetivos, incorporan un plus de dificultad al trabajo de visitar.

4. 9. La visita domiciliaria como fuente de dilemas éticos, escenas temidas, emociones negativas y riesgos profesionales.

Los resultados de la investigación arrojan, que las visitas domiciliarias son generadoras de *riesgos para la ética* del profesional, especialmente, porque el trabajo se desarrolla en el hogar de los visitados, y éste es un espacio íntimo y privado.

Desde la mirada de la ética, los resultados evidencias la preocupación de los profesionales por la sensación de *intrusión, intromisión o invasión* que puedan suponer sus visitas a los usuarios/familias. La *información obtenida* en el domicilio, incorpora un plus de

responsabilidad añadido a los/as informantes, tanto en su manejo, registro y custodia de la misma (información). Los participantes, no terminan de tener claro donde están los límites en la utilización de esta información.

De otra parte, el ejercicio del *control asistencial* mencionado en otra conclusión, comporta si cabe, uno de los mayores desafíos a la ética profesional. En este punto, también los límites respecto a la ética, los componentes de la muestra no los tienen claros. Al igual que los *secretos* que les son revelados a raíz de las visitas, dado que el encuentro se produce en un espacio emocional lleno de historia, donde los secretos pueden estar asociados a ciertas partes de la casa.

Otro tipo de *dilemas éticos* están relacionados con: El *verse utilizados* por los políticos/superiores para beneficiar a ciertos casos afines, en detrimento de otros más necesitados; aceptar o no *regalos* cuando visitan; aceptar o no las *muestras de hospitalidad* de la familia ofreciendo comida o bebidas; el ser conocedores de *actuaciones poco ajustadas o negligentes* de otros profesionales, etc.; son todos estos motivos de gran preocupación para los/as trabajadores/as sociales a la luz de la ética profesional.

De otra parte, los resultados de la investigación señalan, que los profesionales cuando son preguntados sobre sus emociones al visitar, asocian las visitas a emociones negativas como: miedo, temor, tristeza, amenaza, malestar, desagrado, impotencia, desconfianza, e incluso dolor.

Estas emociones evocadas, no serían necesariamente las únicas, ni las que más frecuentemente sienten, aunque son las que primero expresan a través de ejemplos de casos de gran dificultad y de enorme desafío profesional al visitar.

Se correlaciona este dato relativo a la prevalencia de evocar emociones negativas al visitar, con las teorías relativas a las emociones y sentimientos, que dice, que cuando las personas están sometidas a situaciones intensas (o muy intensas), las emociones que afloran

son polarizadas. En los casos narrados por la muestra son marcadamente intensos y dificultosos, con lo cual sus emociones son polarizadamente negativas a partir de esa vivencia intensa. De igual manera, las situaciones que no tiene tal carga de intensidad, sitúan las emociones en un punto central de esa polaridad, pasando más desapercibidas.

Esto es lo que se evidencia en las narrativas de los/as trabajadores/as sociales entrevistados evocaran recuerdos cargados de emociones negativas dada la dificultad de los casos. En el transcurso de la entrevista, se revelaron otras emociones-vivencias de carácter más neutro, o más positivo y agradables: gratitud, aprendizaje, agrado, agradecimiento, valoración, valía, etc., al bajar la intensidad de los recuerdos de casos dificultosos.

La visita domiciliaria es generadora de *escenas temidas* de diverso orden, el profesional, al visitar, sale de su espacio de seguridad del centro de trabajo y se adentra en un espacio de incertidumbre. Las *escenas temidas* identificadas están asociadas a situaciones de violencia física o verbal entre los habitantes de la casa en presencia del trabajador/a social; o contra el propio trabajador/a social. Otras *escenas temidas* se sitúan fuera del domicilio, sobre todo en barrios peligrosos donde se realizan visitas, y otras están relacionadas con la presencia de animales que se perciben de riesgo/o desagradables en el domicilio visitado.

Para finalizar, señalar que las *emociones negativas* y las *escenas temidas* que vivencian los/as trabajadores/as sociales, pueden generar *resistencias* en el profesional a hacer visitas en general, o a visitar algún tipo de casos en particular, actuando dicha resistencia (si la hubiere) como mecanismo de protección ante el malestar.

No se ha identificado en esta investigación, ninguna estrategia de cuidado donde poder volcar esta situaciones de riesgo profesionales visitando, y las vivencias asociadas que generan. La supervisión profesional, los espacios de contención, las técnicas de defusing y debriefing, pueden ser sugeridas para prevenir riesgos para la salud mental del profesional.

4. 10. Visita domiciliaria se desarrolla en escenarios complejos.

Para finalizar las conclusiones evidenciadas a partir de esta investigación, señalar que las visitas domiciliarias se llevan a cabo en escenarios de alta complejidad, donde el/la trabajador/a social, se ve inmerso en la consideración, influencia y condicionamientos de múltiples factores de tipo políticos, institucional, inter-profesional, ideológicos, teóricos, metodológicos, éticos, legales... que interactúan entre si condicionando la intervención en general, y la visita en particular. De otra parte, sumar la propia complejidad de las dinámicas familiares de los casos con los que intervienen, y de la relación que tienen éstos con los servicios que los atienden. Y junto a todo ello, la visita se desarrolla en el espacio doméstico, que no es cualquier lugar, sino especialmente sensible, íntimo y privado.

Así la visita domiciliaria, se hace protagonista, y pone a los/as trabajadores/as sociales en un escenario complejo, de múltiples interacciones recíprocas, que condicionan su práctica y los resultados de la misma, en los tres escenarios objetos de investigación.

EPÍLOGO.

Desde la fenomenología, y como investigador de la visita domiciliaria, y desde la atalaya en la que me sitúa el disponer de los datos del conjunto de los tres escenarios estudiados, la percepción global que tengo de las visitas que practican los trabajadores/as sociales, tiene un componente *agridulce*, o con *clarooscuros*.

En esta percepción entran en juego, de una parte, el componente técnico de la de la visita, los objetivos fundados que la motiva y la utilidad demostrada en el trabajo con los casos.

Y de otra parte, la percepción que tengo sobre la instrumentalización a la que ha estado sometida la visita en origen, a lo largo de su historia, y actualmente, como forma sutil de dominación. Siendo los trabajadores/as sociales una parte de la cadena del ejercicio del poder haciéndolo llegar a los propios domicilios a través de la visita domiciliaria.

Siguiendo el criterio de transferibilidad apuntado, se sugiere el empleo de las conclusiones de esta investigación, en el ámbito académico y profesional, como punto de reflexión que permita perfeccionar no solo la práctica de la visita domiciliaria en los estudiantes y los profesionales en ejercicio, sino también en el cuestionamiento de la misma, desde el punto de vista ético, metodológico, y sobre todo, ideológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Adelantado, J. (2000). *Cambios en el estado de bienestar: políticas sociales y desigualdades*. Barcelona: Icaria.
- Agnew, E.N. (2004). *From charity to social work. M. Ellen Richmond and the creation of an American Profession*. Chicago: University Of Illinois Press.
- Aguilar, M.J. (2013). *Trabajo social. concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo.
- Allan, G. (1989). *Friendship: Developing a sociological perspective*. New York: Harvester Wheatsheaf. Recuperado de http://books.google.es/books/about/Friendship.html?id=FPV9AAAAMAAJ&redir_esc=y
- Alland, A. J. (1972). *The human imperative*. Nueva York: Columbia University Press.
- Almada, M. & Frau, P. (2011). Desafío de la intervención del trabajo social más allá de la administración de los recursos. *IV Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social*. "Aportes para la reconstrucción de lo público". Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/jornadas/contenidos/43.pdf>
- Álvarez Uría, F. (1995). *En torno a la crisis de los modelos de intervención social, Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid: Talasa.
- Amaro, S. (2014). *Visita domiciliar: teoría e práctica*. Sao Paulo: Papel Social.
- Ander-Egg, E. (1990). *Metodología del trabajo social*. Madrid: Siglo XXI
- Ander-Egg, E. (1992). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI.
- Ander-Egg, E. (2009). *Diccionario del trabajo social*. Argentina: Editorial Brujas. (Consultado en Ebook ProQuest ebrary. Web. 28 Febrero 2015)
- Ander-Egg, E. & Follari, R. (1988). *Trabajo social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas.
- Anderson, C.M. & Stewar, S. (1988). *Para dominar la resistencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andrenacci, R. (2009). *La visita domiciliare di servizio sociale*. Roma: Carocci.
- Ardrey, R. (1966). *The territorial imperative*. Nueva York: Dell.
- Arenal, C. (1927a). *El visitador del preso*. Madrid: Librerías de Victoriano Suárez.
- Arenal, C. (1944b). *El visitador del pobre*. Madrid: Nuevas Gráficas.

- Ariño, M. (1990). *Manual de técnicas utilizadas en trabajo social*. Madrid: Escuelas Universitarias
- Aristóteles (1964). *Obras Completas*. Madrid: Ediciones Aguilar.
- Aronson, E. (1999). *Animal Social. Introducción a la psicología social*. Madrid: Alianza Ed.
- Arredondo, M. & Salinas, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs). (tesis doctoral). Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/106466>
- Arribas, E. S. (2010). *Enciclopedia básica de la vida*. Madrid: Ed. Cultiva libros.
- Auge, M. (1993). *Los no lugares. Espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa.
- Ausloos, G. (1998). *Las capacidades de la familia*. Barcelona: Herder.
- Aute, L.E. (1980). *Pasaba por aquí*. LP (cd) *Alma*. Madrid: Movieplay.
- Autes, M. (1999). *Les paradoxes du travail social*. París. Dunod. En Fombuena, J. (coord.) (2012). *El trabajo social y sus instrumentos*. Valencia: Nau Llibres.
- Avila, S. (2014). *La gestión emocional: el equilibrio entre familia, persona y profesión*. Madrid: Herder.
- Bachelar, G.(2000). *La poética del espacio*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Ballesteros, A. (2006). *Dilemas éticos*. Pamplona: Ediciones Eunate.
- Bañez, T. (2003). El trabajo social en Aragón. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada. (tesis doctoral). Universidad de Zaragoza. Zaragoza.
- Barajas (2001). *Metodología cualitativa*. En Olaya, S. (2007). *La ciencia del ser y la fenomenología*. Universidad del Valle. Cali. Colombia.
- Barajas, J. (2001). Metodología cualitativa. En Olaya, S (2007). *La ciencia del ser y la fenomenología*. Universidad del Valle. Cali.
- Barbero, J. & Moya, A. (2003). Aspectos éticos de la atención domiciliaria. En Contel, J.C., Gené, J. & Peya, M. (2003). *Atención domiciliaria*. Barcelona: Ed. Masson
- Barrett, R. (1905). Antología. Booklasic 2015. Citando la noticia de prensa publicada en “El Diario”, 24 de Junio de 1905. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es>
- Barros, P. & Barros, M. J. (2011). (Des)cortesía en los medios de comunicación: aplicación a la enseñanza de E/LE. En Fuentes, C., Alcaide, E. % E. Brenes, E. (Eds.): *Aproximaciones a la (des)cortesía verbal en español*. Berlín: Peter Lang.
- Bateson, G. & Ferreira, J.M. (1971). *Interacción familiar*. Buenos Aires: Tiempo

Contemporáneo.

Bateson, G.(1999). *Unidad sagrada*. Barcelona: Gedisa.

Beder, J. (1998). The home visit, revisited. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(5), 514-522.

Bergman, J.S. (1991). *Pescando barracudas*. Barcelona: Paídos.

Bermejo, F.J. (2002c). *Ética de las profesiones*. Bilbao: DDB.

Bermejo, J.C. (1998a). *Apuntes de Relación de Ayuda*. Santander: Sal Terrea.

Bermejo, J.C. (1998b). *Relación de ayuda, acción social y marginación*. Santander: Sal Terrea.

Bermejo, J.C. (2012d). *Empatía Terapéutica. La compasión del sanador herido*. Bilbao: DDB.

Bernler, G. & Johnsson, L.(1987). *Teoría para el Trabajo Psicosocial*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Berrios, M. (1999). Estudio descriptivo de las expectativas que tienen las personas que acuden a terapia. (Tesis Doctoral). Universidad Central, Santiago de Chile.

Biestek, F. (1966). *Las relaciones de casework*. Madrid: Aguilar.

Birtwell, M. (1985). Investigation. *The Charities Review* (4), 129-136. En Beder, J. (1998). The home visit, revisited. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(5), 514-522.

Bochenski, I.M. (1981). *Los métodos actuales del pensamiento*. Madrid: Ed. Rialp. Madrid.
En Olaya, S (2005). *La ciencia del ser y la fenomenología*. Universidad del Valle. Cali.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. En Friedlander, M.; Escudero, V. & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica*. Barcelona: Paídos.

Botella, J. (2005). *Papeles para el progreso. Educación y Cortesía*, 19.

Bott, E. (1957). *Familia y red social*. Barcelona: Taurus.

Bover, A. (2004), *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género*.(Tesis doctoral) Universidad de las Islas Baleares.

Bovet, P. (1908). *L'Année Psychologique*. En Piaget, J. (2005). *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires: Arique Editores.

- Bovet, P. (1912). *Archives de Psychologie*. 18, 55-120. En Piaget, J. (1983). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Bravo, D. (2005). Categorías, tipologías y aplicaciones. Hacia una redefinición de la cortesía comunicativa. En Bravo, D. (Ed.). (2005). Estudios de la (des)cortesía en español. Categorías conceptuales y aplicaciones a corporaorales y escritos. Estocolmo-Buenos Aires: Dunken. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34702807>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paídos.
- Buendía, L., Colás, M. P. & Hernández Pina, F. (1997). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5): 473-482
- Campanini, A.M. & Luppi, F. (1991). *Servicio Social y Modelo Sistémico*. Barcelona: Paídos.
- Canimas, J. (2006). La ética aplicada a la intervención social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social del Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social*, nº 73, año 2006, 135-144.
- Cañedo, M. (2011). ¿Y esto a quién se lo cuento, al ayuntamiento?»: trabajadores sociales entre la vocación y la burocracia. Un análisis antropológico del modelo de intervención de los Servicios Sociales a partir de la etnografía de una red asistencial madrileña. *Cuadernos de trabajo social*. 24. 135-153
- Capilla, A. (2001). Concepción Arenal: un enfoque desde el trabajo social. *Portularia* Universidad de Huelva 1.155-170.
- Capilla, A. (2004). *Pioneros del trabajo social, una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Carballeda, A.J. (1999). Algunas consideraciones sobre el registro dentro del campo del Trabajo Social. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000180.pdf>
- Carkhuff, R. & Antony W.A. (1979). *The Skills of Helping*. Amherst: Mass, Human Ressource Development Press.
- Carrasco, E. & Díaz, M. (1991). La centralidad del vínculo terapéutico: un modelo de intervención en sistemas rígidos. En *Anales de las Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar*. Santiago de Chile. Recuperado de http://www.terapiafamiliar.cl/web/cont_miembros_detalle.php?cod_info=16

- Castiglione, B. (1994). *El Cortesano*. Madrid. Cátedra. En Laspalas, J. (2003). La cortesía como forma de participación social. *Anuario Filosófico*, XXXVI/1, 311-343.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona. Círculo de Lectores.
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1). Recuperado de <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Fenomenologia.html#Nota>
- Castillo, E. & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167.
- Castro, M.M. (2013). La cortesía: códigos verbales y no verbales en la comunicación interpersonal. *Historia y Comunicación Social*, 18(Nov), 265-275.
- Cazorla, K. & Fernández, J. Reflexiones en torno a la visita domiciliaria como técnica de Trabajo Social. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/62568094/Visita-Domiciliaria#scribd>
- Ceberio, M. (2002). Resonancias de un terapeuta familiar. *Intersiquis. Psiquiatria.com*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2105>
- Chengley, L. (2006). *La historia de Confucio*. México: Ed. Prama.
- Cirillo, S. (1994). *El cambio en contextos no terapéuticos*. Barcelona: Paídos.
- Coffey, A. & Atkinson, P. (2005). *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante Monografías.
- Cofone, Ignacio N. (2009). Maquiavelismo: concepto y significado. Una lectura desde la virtud. Redalyc. Recuperado el 3/14/2011 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72012329013>
- Colapinto, J. (1996). La dilución del proceso familiar en los servicios sociales implicados para el tratamiento de las familias negligentes. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 1(2) (2ºsem.), 9-36.
- Coletti, M. & Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paídos.
- Colomer, M. (1989). *La metodología del trabajo social*. Revista de Treball Social, 75.
- Comier, W.H. & Comier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: DDB
- Compton, B. y Galaway, B.(1994). *Social Work Processes*. Chicago: The dorsey Press.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social. (2004). Código Deontológicos de Trabajo Social. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.com/app/webroot/files/jaen/files/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DEL%20TRABAJO%20SOCIAL.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social. (2012). Código Deontológicos de Trabajo Social. Recuperado de http://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205 – 221. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v19_2/04-19_2.pdf
- Cornu, L. (1999). *La confianza en las relaciones pedagógicas*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Correa, D. P. (2003). *Psicoterapia y vínculo: estudio descriptivo de los vínculos terapéuticos establecidos por estudiantes en práctica en el centro de asistencia psicológica de la escuela de psicología de la Universidad Central, desde tres corrientes psicoterapéuticas*. Universidad Central, Santiago, Chile.
- Cubillos, X. (2007). Visita Domiciliaria Integral para Actuar en Salud Familiar, Med- wave Año VII, No. 7, Agosto. Recuperado de www.medwave.cl
- Cucó, J. (1995). *La amistad*. Barcelona: Icaria.
- Dallos, R. (1996). *Sistema de creencias familiares*. Barcelona: Paidós.
- Davis, F. (1997). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alizanza Editorial.
- De Bray, L. & Tuerlinckx, J. (1973). *La asistencia social individualizada*. Madrid: Aguilar.
- De la Cuesta, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. Recuperado de *International Journal of Qualitative Methods*, 2(4). Article 3. Recuperado de http://www.ualberta.ca/iiqm/backissues/2_4/pdf/delacuesta.pdf
- De la Red, N.(1993). *Aproximación al trabajo social*. Madrid: Siglo XIX
- Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (ed.). (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Dezin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sag.
- Dhoquois, R. (Ed.) (1993). *La cortesía. La virtud de las apariencias*. Madrid: Cátedra.

- Di Masso, A. (2007). Usos retóricos del espacio público: la organización discursiva de un espacio en conflicto. *Athenea Digital*, 11, 1-22.
- Díaz Morfa, J. (1998): *Prevención de los conflictos de pareja*. Madrid: Olalla.
- Dietrich, G. (1986). *Psicología general del Counseling*. Barcelona: Herder.
- Doney, P.M. & Cannon, J.P. (1997). An Examination of the Nature of Trust in the Buyer-Seller Relationship. *Journal of Marketing*, Vol. 51 (Abril), 35-51. En Sanz, S., Ruiz, C. & Pérez, I. (2009). Concepto, dimensiones y antecedentes de la confianza en los entorno virtuales. *Teoría y Praxis* 6, 31-59.
- Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias*. Valencia: Pretextos.
- Dostoevski, F. (1999). *Crimen y castigo*. Madrid: Ed. Cátedra.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.
- Durkheim, E. (2002). *La educación moral*. Madrid: Trotta.
- EDUPAR, Fundación Plan et al (2012). La visita domiciliaria. Guía nº 1, 7 mayo de 2012. Recuperado de <http://myslide.es/documents/la-visita-domiciliaria-guia-no-1.html>
- Elkaïm, M. (1996a). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Elkaïm, M. (1997b). *Si me amas no me ames*. Barcelona: Gedisa.
- Escandell, M.V. (1996). *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Ariel.
- Escartín, M.J. (1993). Influencia de las diferencias culturales en la relación de ayuda. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 2 (octubre), 83-99.
- Escartín, M.J., Palomar, V. & Suárez, E. (1997). *Introducción al trabajo social II*. Alicante: Aguaclara.
- Estalayo, L. M. (2014). La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria. *Trabajo Social Hoy*, 71, 63-72. doi: 10.12960/TSH.2014.0003.
- Etchegoyen, H. (1986). *Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Etchevers, M., González, M.M. & Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. Facultad de Psicología. *Anuario de Investigaciones*, XIX, 19(1), 225-232. Junio. Univ. de Buenos Aires. Argentina.
- Faleiros, V. P. (1972). *Trabajo Social, Ideología y Método*. Buenos Aires: Editorial Ecro.
- Faucett, E. (1961). A reevaluation of the home visit in casework practice. *Social Casework*, 42(9), 439-445. En Beder, J. (1998). The home visit, revisited. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(5), 514-522.
- Feixa, G., Sánchez, V., Laso, E. & Gómez, G. (2002). La resistencia en psicoterapia: El papel

- de la reactancia, la construcción del sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(118), 235-286.
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Fernández de Sanmamed M.J. (1995). *Introducción a la investigación cualitativa*. FMC. 2(1), 23-28.
- Fernández de Sanmamed M.J. (2001). ¿Dónde está el problema, en la realidad o en el método con que nos acercamos a su comprensión? La investigación cualitativa en atención primaria. *Atención Primaria*, 28. XXI Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria:196-7. Recuperado de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3308315&pid=S1135-5727200200050000900046&lng=
- Fernández García, T. & Alemán, C. (Coords.). (2003). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Ferrater, J. (1999). *Diccionario de Filosofía (Tomo IV)*. Barcelona: Ariel.
- Ferrer, C. (2007). Problemas éticos más frecuentes en la atención domiciliaria. *Jano* 16-22(1642) Marzo, 35-36.
- Fierro, S. & Salcedo, E.(2003). De la visita domiciliaria a la consulta social domiciliaria con fines terapéuticos: una opción de desarrollo en la intervención de trabajo social en el Centro Zonal de Suba. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. *Revista de Trabajo Social* 4(1), 36-42
- Fishman, H.C. (1994). *Terapia estructural intensiva*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fombuena, J. (2012). *El trabajo social y sus instrumentos*. Valencia: Nau Llibres.
- Foucault, M. (1979a). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de las Piqueteas.
- Foucault, M. (1998b). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XIX
- Freud, A. (1948). *Introducción al psicoanálisis para educadores*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1976). *La dinámica de la transferencia*. Obras Completas. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Friedlander, M.; Escudero, V. & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, W.A. (1969). *Conceptos y métodos de Servicio Social*., Buenos Aires: Kapelusz
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: Univertisty of Chicago Press. En Anderson, C.M. & Stewar, S. (1988). *Para dominar la resistencia*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Galeano, M.E. (2004). *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad EAFIT.
- García Ferrando (2000). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial,
- García Vizcaíno, M. J. (1998). *Estrategias de cortesía verbal en inglés y en español*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. En Barros, M.J. (2011). *La cortesía valorizadora en la conversación coloquial española: estudio pragmalingüístico*. Granada.
- Gaviria, M. (1995). Prologo: Una relectura de Mary E. Richmond. En Richmond, M.E. (1995). *El caso social individual*. Madrid: Talasa.
- Gelles & Cornell, (1985) en Musitu, G. (2008). *Familia, amor y violencia: una historia de desigualdades*. Lección Inaugural curso 2008/09. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Giacopuzzi, S. (2012). *La visita domiciliare: un instrumento professionale per conoscere, valutare e sostenere le relazioni di cura*. Servizio Sanitario Regionali. Recuperado de https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=Giacopuzzi+La+visita+domiciliare:+un+instrumento+professionale+per+conoscere,+valutare+e+sostenere+le+relazioni+di+cura.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la Modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Giddens, A. (2006). *La constitución de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gill, H, Boies, K., Finegan, J. & McNally, J. (2005). Antecedents of Trust: Establishing a Boundary Condition for the Relation between Propensity to Trust and Intention to Trust. *Journal of Business and Psychology*, 19 (3), 287-302. Yañez, R. y Osorio, J. (2007). Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1, Enero-Abril, 43-55
- Gill, H, Boies, K., Finegan, J. & McNally, J. (2005). Antecedents of Trust: Establishing a Boundary Condition for the Relation between Propensity to Trust and Intention to Trust. *Journal of Business and Psychology*, 19 (3), 287-302. En YaConceptualización metafórica de la confianza interpersonal. Yañez, R. y Osorio, J. (2007). Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1, Enero-Abril, 43-55
- Gilmore, D. (1975). Friendship in Fuenmayor: Patterns of integration in a atomist society. *Ethnology*, XIV(4), 311-124.
- Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: DDB.

- Goffman, E. (1970a). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1979b). *Relaciones en público. Microestudios del orden público*. Madrid: Alianza.
- Goffman, E. (1993c). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1994d). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goleman, D. (2007). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairos.
- Gondra, J. (1981). *La psicoterapia de Carl R. Rogers: sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica*. Bilbao: Editorial DDB.
- González Calvo, V. (2009). Reflejo de las relaciones familiares en el espacio doméstico. *Revista Familias Siglo XXI*. N^o 3. Mayo 75-77. Ediciones Noufront. Grupo Zeta. Barcelona.
- González Calvo, V. (2013). Materiales del Curso de Entrenamiento en Visita Domiciliaria para trabajadores/as sociales. Organizado por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Ciudad Autónoma de Ceuta.
- González Calvo, V. (2003). La Visita Domiciliaria una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. Consejo de Colegios Oficiales de Trabajo Social de España. *Rev. Servicios Sociales y Política Social*, (61), 63-86
- Goñi, A., Arnáiz, M.; Ruiz, J.L., & De Eguino, M. (1997). Sociabilidad y buenos modales. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 1(0). Recuperado en <http://www.uva.es/ufop/publica/actas/viii/edprima.htm>.
- Gounelle, L. (2011). *No me iré sin decirte a donde voy*. Madrid: Ed. Planeta.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181. En Anderson, C.M. & Stewart, S. (1988). *Para dominar la resistencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press. Anderson, C.M. & Stewart, S. (1988). *Para dominar la resistencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grinberg, M. (2002). *Edgar Morin y el pensamiento complejo*. Madrid: Alfaomega.
- Guerra, Y. (2007). *La instrumentalización del servicio social. Sus determinaciones socio-históricas y sus racionalidades*. Sao Paulo: Cortez Editora
- Guerra, Y. (2007). El proyecto profesional crítico: estrategia de enfrentamiento de las condiciones contemporáneas de la práctica profesional. En Rozas Pagaza, M. (Coor.)

- (2007). *La profesionalización en trabajo social. Rupturas y continuidades, de la Reconceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos*. Buenos Aires: Espacio Editorial
- Gurméndez, C. (1994). *Sentimientos básicos de la vida humana*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Habermas, J. (1990). *Pensamiento Post-Metafísico*. Madrid: Taurus.
- Hamilton, G. (1968). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. México: La Prensa Mexicana.
- Haudiquet-Lamarque, X. (2012). La consideración positiva incondicional: ¿Cómo ponerla en práctica? IHPG (Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt), Mexico DF. Revista Figura/Fondo N° 31, primavera.
- Hausman, A. (2001). Variations in relationship strength and its impact on performance and satisfaction in business relationships. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 16(7), 600-616.
- Hawes, J.M.; Mast, K.E. & Swan, J.E. (1989). Trust earning perceptions of sellers and buyers. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, 9, 1-8.
- Hegel, G.W. (1988). *Principios de la filosofía del derecho*. Barcelona: Ed. Edhasa,
- Heidegger, M. (1999a). *Introducción a la filosofía*. Valencia: Universitat.
- Heidegger, M. (2000b). *Los problemas fundamentales de la fenomenología*. Madrid: Editorial Trotta.
- Heidegger, M. (2003c). *Ser y tiempo*. Madrid: Editorial Trotta
- Heidegger, M. (2007d). *Seminarios de Zollikon*. México: Editorial Red Utopía.
- Heller, A. (1987a). *Sociología de la vida cotidiana*. Ed. Península, Barcelona.
- Heller, A. (1987b). *Historia y vida cotidiana. Aportación a la sociología socialista*. México DF: Editorial Grijalbo.
- Heller, A. (1994c). *La revolución de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Península.
- Hipócrates de Cos. (Siglo V a. C.). Juramento Hipocrático. Recuperado de <https://sites.google.com/site/juramentoshipocraticos/home>
- Hobbes, T. (1993). *El ciudadano*. Madrid: Ed. Debate.
- Hobbes, T. (2000). *De Cive: Elementos filosóficos sobre el ciudadano*. Madrid: Alianza.
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Horvarth, A. & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561- 573.

- Hutchinson, S., & Wilson, H. (2003). La investigación y las entrevistas terapéuticas: Una perspectiva postestructuralista. En Morse, J. (Ed). (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Iamamoto, M. (1992). *Servicio social y división del trabajo*. Sao Pablo: Cortez Editora.
- Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. San Pablo: Cortez Editora.
- Idareta, F. & Ballesteros, A. (2013). La evolución del compromiso ético de los trabajadores sociales (1869-2013). *Zerbitzuan* (54), Dic., 148-155.
- Johnson, L. (1987). *Social casework practice. A generalistic approach*. The South Dakota University Press. Allyn and Bacon.
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (1986). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: DDB
- Kanfer, F.H. (1987). Métodos de autogestión. En Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (1986). *Como ayudar al cambio psicológico*. Bilbao: DDB.
- Kant, E. (1949). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Barcelona: Ariel.
- Kasper, G. (1990). Linguistic Politeness: Current Research Issues. *Journal of Pragmatics*, XIV, 193-218.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Klass, C. (1996). *Home visiting*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Kleinke, C. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: DDB
- Kosik, K. (1965). *Dialéctica de lo concreto*. México DF: Editorial Grijalbo.
- Kramer, R. (1999). Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598. Yañez, R. y Osorio, J. (2007). Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1, Enero-Abril, 43-55
- Kruse, H.C. (1976). *Introducción a la teoría científica del servicio social*. Buenos Aires: Ecro.
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. Citado por Coletti, M. & Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paídos.
- Lane, C. & Bachmann, R. (2000). *Trust within and between Organizations*. Great Britain: Oxford University Press. Yañez, R. y Osorio, J. (2007). Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1, Enero-Abril, 43-55

- Las Heras, P. (1986). *Introducción al Bienestar Social*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajo Social.
- Laspalas, J. (2003). La cortesía como forma de participación social. *Anuario Filosófico*, XXXV(1), 311-343.
- Lavandera, B. (1988). *Curso de lingüística para el análisis del discurso*. Buenos Aires: CEAL.
- Lazard, P. (1997). *El significado del concepto de resistencia en la teoría psicoanalítica*. En Vives, J. (1997). *El proceso psicoanalítico*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Lazaro, F. , Rubio, E. & Juarez, A. (2007). *Aprendiendo la práctica del trabajo social*. Madrid: Univ. Pontificia de Comillas.
- Lázaro, Santa. (2004). El desgaste profesional (Síndrome de Burout) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506.
- Ledermann D.W. (2001). Vigencia del juramento hipocrático en nuestros días. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000600001
- Leech, G. (1983). Principles of pragmatics. Londres: Longman. En Zamora, R. (2009). *Pragmática y textualidad*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lefebvre, H. (1972). *La vida cotidiana en el mundo moderno*, Madrid: Alianza Editorial.
- Leplanche, J. & Pontalis, J. (1985). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paídos.
- Levenstein, S. (1964). Private Practice in Social Work. New York: Columbia University Press. En Shertzer. B. & Stone, S. (1986). *Manual para el asesoramiento psicológico*. Barcelona: Paídos.
- Lewis, J. E. (1991). Octavia Hill 1838-1912. En Women and social action in Victorian and Edwardian England, *Stanford University Press*, 24-82. Recuperado de http://www.historyofsocialwork.org/eng/details.php?canon_id=135.
- Leyby, J. (1978). A history of social welfare in the United States. New York: Columbia University Press. En Beder, J. (1998). The home visit, revisited. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(5), 514-522.
- Lindón, A. (1990a). *De la trama de la vida cotidiana a los modelos de vida urbanos*. México: El Colegio de México-El Colegio Mexiquense.
- Lindón, A. (2004b). Las huellas de Lefebvre sobre la vida cotidiana. Universidad Autónoma Metropolitana. México *Revista Veredas Primer semestre de 2004*(8), Págs. 39-60.
- Lindón, A.(2006c). *Tratado de Geografía Humana*. Anthropos: México DF.

- Locher, M. A. (2004). *Power and Politeness in Action. Disagreements in Oral Communication*. Berlín: Mouton de Gruyter. En De los Heros, M. (2012). *Fundamentos y Modelos del Estudio Pragmático y Sociopragmático del Español*. Washington: Georgetown University Press.
- Luhmann, N. (1996). *Confianza*. México: Siglo XXI.
- Lukács, G. (2002a). *Historia y conciencia de clase*. Madrid: Editora Nacional Madrid.
- Lukács, G. (2002b). *Prolegómenos a una estética marxista*. Madrid: Editora Nacional
- Lusk, M., Carlson, L., & Valverde, L. (1989). Un modelo de Práctica Integrada de Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social* (32) Año 13, Junio 1989. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica.
- Madrid, J. (2004). *Los procesos de la relación de ayuda*. Bilbao: DDB
- Malmberg, T. (1980). *Human Territoriality*. La Haya: Mouton
- Malpass, P. (1984), *Octavia Hill*. En P. Barker (Ed.), *The founders of the welfare state* (pp. 31-36). London: Heinemann.
- http://www.historyofsocialwork.org/eng/details.php?canon_id=135
- Manrique, M. (1982). De apóstoles a agentes de cambio. El trabajo social en la historia de Latinoamérica. Lima: CELATS
- Márquez, A., Sáez, M. & Crespillo, A. (2010). *¡Compórtate!. Guía práctica de los buenos modales*. Madrid. Ed. Palabra.
- Maturana, H. (1995). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Maturana, H. (2009). *La realidad ¿objetiva o construida?. II Fundamentos biológicos del conocimiento*. Barcelona: Anthropos
- Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Alberta, Canadá: International Institute for Qualitative Methodology. Recuperado de <https://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- Mayer, R., Davis, J. & Schoorman, F. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734. En Sanz, S., Ruiz, C. & Pérez, I. (2009). *Concepto, dimensiones y antecedentes de la confianza en los entorno virtuales*. *Teoría y Praxis* 6, 31-59.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1987). *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook*. New York. Plenum Press.
- Meier, A.J. (1995). Passages of politeness. *Journal of Pragmatics*, 24. 381-392.
- Mélich, J. C. (1994). *Del extraño al cómplice. La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Editorial Anthropos.

- Mendizábal, S. (2007). *El encantamiento de la realidad: conocimientos mayas en prácticas sociales de la vida cotidiana*. Guatemala: DIGEBI / ILE / URL /Serviprensa. Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/publilppm/PL/Lin/Encanta.pdf>
- Mendoza, V. (2008). La visita domiciliaria como estrategia de acompañamiento a familias en condición de desplazado. *Proyectos Vidas Móviles*. Bogotá: Facultad de Medicina. Recuperado de http://med.javeriana.edu.co/vidas_moviles/APORTES VIDAS MOVILES/visitas%20domiciliarias%20Teolog%EDa.pdf
- Mercado, J.(2002). *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*. México: Universidad de Guadalajara.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012). Guía de visitas domiciliarias. Asunción. Recuperado de http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/guies_BPC/Visitas_Domiciliarias/guia-visitas-domiciliarias-blanco-y-negro.pdf
- MINSAL (2009). Visita domiciliaria integral. Ministerio de Salud de Chile. Programa Chile Crece Contigo. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>
- Minuchin, S. (1997). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paídos.
- Minuchin, S. & Fichman, H. (1992). *Técnica de terapia familiar*. Barcelona. Paídos.
- Moffat, K. (2001). Vigilancia y gobierno del receptor de bienestar. En Chambon, A., Irving, A., & Eptein, L. (Ed.). (2001). *Foucault y el trabajo social*. Granada: Maristán / EUTS Linares.
- Moix, M. (1991). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Trivium
- Moles, A. & Rhomer, E. (1972) *Psychologie de l'espace*. París: Casterman. <https://books.google.es/books?id>
- Mondolfo, R. (2000). *Heráclito. Textos y problemas de su interpretación*. Madrid: Siglo Veintiuno
- Montoya, G.H.; Zapata, C.I.; Cardona, B.N. (2002). *Diccionario especializado de trabajo social*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Morell, A. (2002). *La legitimación social de la pobreza*. Barcelona: Anthropos.
- Moreno, J.L. (2009). Bourdieu y Passeron. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 17, enero-junio, 141-163.

- Moreno, S. & Rodríguez Moreno, J.J. (2009). *Marginados, disidentes y olvidados en la historia*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Morin, E. (2000). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morse, J. M. (Ed.) (2005) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Mut, A. (2012, 22 abril). *Estudio de cotidianidad*. [Web log post]. Recuperado de <http://adrianamutnah.blogspot.com.es/2012/04/estudio-de-cotidianidad.html>
- Neruda, P. (1972). *Selected Poems. English & Spanish. Selections*. New York: Delacorte Press.
- Netto, J.P (1994). *Para a crítica da Vida Cotidiana*. En Netto, J.P. & Brant, M.C. (1994): *Cotidiano: Conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez Brasil.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olaya, S. (2008). *La Temporalidad humana asedios desde la fenomenología y la Hermenéutica*. Popayán: Editor de publicación de la Universidad del Cauca.
- Paine, R. (1975). Anthropological approaches to friendship. En Cucó, J.(1995). *La amistad*. Barcelona: Icaria.
- Papp, P. (1994). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paídos.
- Pavlovsky, E.; Frydlewsky, L.; Kesselman, H. (1976). Las escenas temidas de un coordinador de grupos. *Clínica y Análisis Grupal Imago Clínica Psicoanalítica*, 1, Vol. 1, 1-9 .
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona: Paídos.
- Pérez Serrano, G. (1993). *Elaboración de proyectos sociales*. Casos Prácticos. Madrid: Narcea.
- Pérez Serrano, G. (2004). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes* Vol. II. Madrid: La Muralla.
- Perlman, H.H. (1974). *El trabajo social individualizado*. Madrid: Rialp.
- Perls, F. (1974). *El enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
- Piaget, J. (1960). *La nueva educación moral*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Piaget, J. (1983). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Ed. Fontanella.
- Picó, J. R. (1986). *Modernidad y Posmodernidad*. Madrid: Alianza
- Quiroga, A. (1981). *Clase 1981: "La Psicología Social como Crítica de la Vida cotidiana"*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/130892180/Critica-de-La-Vida-Cotidiana-Ana-Quiroga#scribd>

- Quiroga, A.(1988). *Crítica a la cotidianidad*. Buenos Aires. Ediciones Cinco. Recuperado de <https://books.google.es/>, y en <https://es.scribd.com/doc/130892180/Critica-de-La-Vida-Cotidiana-Ana-Quiroga>
- Quiroga, A.(2006). ¿Qué se entiende por vida cotidiana?. Recuperado de www.chubut.gov.ar/dgnaf/archives/017262.php?id=-1
- Quiroz, M. (1994). *La visita domiciliaria*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Reamer, F. (1989). The evolution of social work ethics. *Social Work*, 43(43), 488-500. En
- Idareta, F. y Ballesteros, A. (2013). La evolución del compromiso ético de los trabajadores sociales (1869-2013). *Zerbitzuan* nº 54, Dic., 148-155.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Relvas, A.P. & Sotero, L.(2014) *Familias obligadas, terapeutas forzosos*. Madrid: Morata.
- Revel, J. (1985). *Los usos de la civilidad*. En Aries, P. & Duby, G. (2001). *Historia de la vida privada* (V.3) Madrid: Taurus.
- Ribot, C., Fernández-Tenllado, M.A., & García de León, D. (2000). Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Atención Primaria*, 25(5) 31. Marzo. 343-348. Recuperado en <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/6+Aten+Primaria+2000.+I+C+Entrevistas+Abiertas.pdf>
- Richard, N. (1998). *Antidisciplina, transdisciplina y redisciplinamientos del Saber*. *Revista de Estudios Sociales*. Bogotá: Universidad de los Andes, Fundación Social.
- Richmond, M. E. (1922b). *El Caso Social Individual*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000029.pdf>
- Richmond, M. E. (1995). *El Caso Social Individual*. Madrid: Talasa.
- Richmond, M.E.(1969a). *Friendly visiting among the poor*. New York: The Macmillan Company. (Primera edición 1899, ediciones posteriores 1903, 1906, 1907).
- Richmond, M.E.(2005). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XIX
- Ríos, J.A. (1984). *Orientación y terapia familiar*. Madrid: Institutos de Ciencias del Hombre.
- Robles, L. (2002). La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de experiencias personales. En Mercado, J.(2002). *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*. México: Universidad de Guadalajara.

- Roca M. & Beda I. (2000). Atención Domiciliaria. En Sánchez, V., Aparicio R.C. Lerma, L., Mazanasa, A., & Sánchez García, M. (2000). *Enfermería Comunitaria* Tomo 1. Barcelona: Mc Graw-Hill
- Rodríguez Gómez, G. et al (1999), *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rogers, C. (1986b). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós. Barcelona
- Rogers, C. (1975a). Empathic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychology*, 5(2), 2-10.
- Rojí, B. (1988). *La entrevista terapéutica*. Madrid: UNED
- Rossell, T. (1990). *La entrevista en trabajo social*. Barcelona: Euge
- Rousseau, U.J. (1977). Discurso sobre el origen de las ciencias y las artes. En Lasपालas, J. (2003). La cortesía como forma de participación social. *Anuario Filosófico*, XXXVI/1 (2003) 311-343. Recuperado en <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/105/1/NPalas.pdf>
- Roy, M.C., Dewit, O. & Aubert, B. A. (2001). The Impact of Interface Usability on Trust in Web Retailers. *Internet Research: Electronic Networking Applications and Policy*, Vol. 11, No. 5, 388-398. En Flavián, C. y Guinalíu, M. (2006). La confianza y el compromiso en las relaciones a través de internet. *Cuadernos de Economía y Dirección de Empresa*. N. 29, 133-160.
- Rugarcía, A. (2005). *La Interdisciplinariedad: El Reino de la Confusión*. Univ. Iberoamericana Centro Golfo. Recuperado de http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista98_S1A4ES.pdf
- Russell, J.A. (1997). Reading emotions from and into faces: Resurrecting a dimensional-contextual perspective. En Russel, J.A. & Fernández-Dols, J.M. (Eds.). *The psychology of facial expression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sack, R. D. (1986). *Human Territoriality: Its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado en <https://books.google.es/books?id=NXk7AAAAIAAJ&pg>
- Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Salas, P.M. (2012). *El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal*. Alicante: Editorial club universitario.
- Salazar, C. (1993). *La visita domiciliaria en el programa de salud familiar*. Mérida:

Universidad de Los Andes Consejo de Publicaciones.

- Salcedo, D. (1999). *Los valores en la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Ed. Narcea.
- Salvador, M. (1989). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paídos.
- Salvo, I. (2002). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo*. Universidad de Chile, Santiago.
- Salzberger-Wittenberg, I. (1997). *La relación asistencial*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa*. Bogotá, D.C.: ICFES y ARFO Editores.
- Santas, J.L. (2008). La visita de bloque. *Trabajo social hoy*, (54), 45-54.
- Santos, M. A. (1990). *Hacer visible lo cotidiano*. Madrid: Akal.
- Schütz, A. (1962). *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Schutz, A y Luckmann, T.(1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conduct of the session. *Family Process*, 19 (1), 7-19. Recuperado en [http://www.mcano.com/stirpe/files/DOCUMENTO%20SELVINI%20ARTICULO%20hipotetización%20circularidad%20neutralidad%20\(1980\).pdf](http://www.mcano.com/stirpe/files/DOCUMENTO%20SELVINI%20ARTICULO%20hipotetización%20circularidad%20neutralidad%20(1980).pdf)
- Shertzer, B. & Stone, S. (1986). *Manual de asesoramiento psicológico*. Barcelona: Paídos.
- Silver, A.(1989). Friendship and trust as moral ideals: an historical approach. *Archives Européennes de Sociologie*, 30, 274-297. En Cucó, J. (1995). *La amistad*. Barcelona: Icaria.
- Simon, F.B., Stierlin, H. & Wynne, L.C. (1997). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Soja, E. (1971). *The political organization of space*. Washington: Association of American Geographers.
- Solé, M. (2003). *Saber ser. Saber estar. El manual de buenas maneras y el protocolo*. Barcelona: Planeta Prácticos.
- Soto, C. (2006). *Las buenas maneras. Usos y costumbres sociales*. Madrid: Ediciones Palabra.
- Souza, A.M. (2002). Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. En Mercado, F. J. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa. Una antología iberoamericana*. México: Universidad de Guadalajara.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

- Téllez, A. (2002). *Las mantecaeras de estepa. Un trabajo antropológico sobre una industria local*. Sevilla: Ayuntamiento de Estepa y Diputación Provincial de Sevilla.
- Toledano, L. (2008). *¿Se puede?. Trabajo social en domicilio de ancianos*. Barcelona: Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya.
- Tonon, G. (2005). *Las técnicas de actuación profesional del trabajo social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Torralba, F. (2011). *Conferencia sobre la ética en la atención a personas vulnerables*. Organizada por Sarquavita y pronunciada en Valladolid. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=proyBHZ11Wg&index=5&list=PLCAA799BBF7845E1A>
- Torralba, F. y Fundación SAR. (2011). *Entrar en la casa del otro. Ética de la intervención domiciliaria*. Madrid: Ed. Fundación SAR. Recuperado de www.sarquavita.es
- Uriz, M.J., Ballesteros, A. & Urien, B. (2007). *Dilemas éticos en la intervención social*. Zaragoza: Mira Ed.
- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociológica.
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: CIS, Cuadernos Metodológicos.
- Valverde, L. (1996). Estrategias de intervención del trabajo social en la farmacodependencia. *Rev. De Ciencias Sociales* 73-74; 69-75. Septiembre-Diciembre. Recuperado de <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/73-74/valverde.pdf>
- Vázquez, J.A. (2007). *De la metáfora a la metamorfosis de inspiración en los mensajes bíblicos*. Bogotá: San Pablo.
- Vázquez, R.; Díaz, A. M. & Del Río, A.B. (2000). Marketing de Relaciones: el proceso de desarrollo de las relaciones comerciales entre comprador y vendedor. *Documento de trabajo*. Universidad de Oviedo. Recuperado de http://www19.uniovi.es/econo/doctrabajo/Dt01/d229_01.pdf.
- Von Bertalanffy, L. (1992). *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza Editorial.
- VVAA. (1997). *Manual de Buenas Prácticas en mediación comunitaria en el ámbito de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Adicciones Ayuntamiento de Madrid. Recuperado en <http://es.scribd.com/doc/205030596/Manual-Buenas-Practicas#scribd>

- Wasik, B.H. (2001). *Home visiting*. California: Sage Publication
- Watzlawick, P. (1995). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Herder.
- Watzlawick, P. (1998). *La realidad inventada*. Barcelona: Herder.
- Weinberg, G.(1996). *The heart of psychotherapy*. Nueva York. St. Martin's Griffin.
- Wolf, M. (2000). *Sociología de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Woodrooffe, K. (1962). From charity to social work. Toronto: University of Toronto Press. En
- Beder, J. (1998). The home visit, revisited. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(5), 514-522.
- Yalom, J. (1980) citado por Kleinke, C. (1995). Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: Editorial Desclée De Brower.
- Yañez, J. (1999). Teoría clínica constructivista, documento de Trabajo Inédito. En Arredondo, M. & Salinas, P. (2005). Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs). Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/106466>
- Yañez, R. y Osorio, J. (2007). Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia V. 7 No. 1, Enero-Abril, 43-55
- Yañez, V.R. (2007). *Visibilidad/Invisibilidad del Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Zamanillo, T. (1990). “Lo viejo se renueva. Un perfil del trabajador social de hoy”. *Documentación Social*, 79, 21-34.
- Zapata, J.J. (2013). Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos e hijas adolescentes según el nivel socioeconómico y de sexo. (tesis doctoral). Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Zetzel, E. (1995). Current concepts of transference. *Internacional Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Zuliani, L.A.; Villegas, M.E.; Galindo, L.A. & Kambourova, M. (2015). Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 851-863.

